



Spett.le Servizio Farmaceutico Territoriale Area Vasta n° 1  
Via...CECCARINI, 38

Mail..... Pec.....  
anna.resta@sanita.marche.it  
areavasta1.asur@emarche.it

**OGGETTO: Richiesta autorizzazione al trasferimento definitivo/provvisorio della farmacia in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica**

Il sottoscritto MARIANI ELENA Titolare/Direttore Responsabile della farmacia DEL CORSO SNC DI MARIANIL e FRINI E., codice regionale n. 11031, ubicata in via CORSO GARIBOLDI, 10 a FOSSONBRONE consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

**CHIEDE**

l'autorizzazione al trasferimento definitivo/provvisorio della sopraindicata farmacia in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica, ubicati in via MARTIRI DELLA RESISTENZA al numero civico 33/35.

A tal fine allega la seguente documentazione:

A. Perizia tecnica atta a comprovare che i locali scelti sono:

- Ubicati nell'ambito della sede farmaceutica prevista dalla pianta organica vigente (non necessario se la sede è unica);
- Distanti 200 metri dalla più vicina farmacia, con misurazione da soglia a soglia per la via pedonale più breve ai sensi dell'art. 1 Legge 362/1991 (nel caso di criterio topografico distanti 3.000 metri dalle farmacie esistenti anche se ubicate in comuni diversi ai sensi dell'art. 140 comma 1, T.U.L.S. n. 1265/1934, sostituito dall'art. 2, Legge n. 362/1191).

B. Planimetria dei locali datata e firmata in originale da tecnico abilitato e dal Titolare/Direttore Responsabile della farmacia, con indicate le destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l'accessibilità ai portatori di handicap.

C. Dichiarazione a firma del Titolare/Direttore Responsabile del numero di addetti contemporaneamente presenti durante l'attività lavorativa in farmacia.

