MODULO 1 – trasferimento attività di farmacia in altri locali nell’ambito **della propria sede farmaceutica.**

**MARCA DA BOLLO**

**Tariffa vigente**

 **Al Direttore**

 **della UOC Farmacia Territoriale**

**ASP ENNA**

**Viale A. Diaz, n. 7**

**94100 ENNA**

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO DELLA FARMACIA IN ALTRI LOCALI NELL’AMBITO DELLA PROPRIA SEDE FARMACEUTICA.

Il sottoscritto Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolare/Direttore/Legale rappresentante della farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’autorizzazione al trasferimento

* definitivo
* provvisorio

della sopra indicata farmacia in altri locali nell’ambito della propria sede farmaceutica, ubicati in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al numero civico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, allega la seguente documentazione:

1. certificazione tecnica, rilasciata dall’ Ufficio Tecnico comunale e/o da altro ufficio comunale preposto, atta a comprovare che i locali scelti sono ubicati nell’ambito della sede farmaceutica prevista dalla pianta organica vigente e distanti almeno 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;
2. planimetria dei locali datata e firmata in originale da tecnico abilitato e dal Titolare/Direttore della farmacia, in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti e le destinazioni d’uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l’accessibilità ai soggetti “diversamente abili”;
3. Certificato di agibilità dei locali (SCA);
4. Contratto di locazione o titolo di proprietà;
5. Altro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lo scrivente dichiara di rendere disponibile, per il giorno della visita ispettiva preventiva, tutta la documentazione prevista dagli indirizzi tecnici in materia igienico-sanitarie sulle farmacie.

Lo scrivente dichiara altresì di avere preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 679/2016 e ss. mm. ii.

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Titolare/Direttore/Legale rappresentante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA BENE:

L’istanza , indirizzata all’UOC Farmacia Territoriale, completa di allegati può essere:

a) consegnata in originale cartaceo al Protocollo Generale dell’ASP di Enna, con sede in viale A. Diaz n. 7;

b) spedita a mezzo posta ordinaria e può essere anticipata via Posta Elettronica Certificata, al seguente indirizzo **PEC:** **protocollo.generale@pec.asp.enna.it**