Class. 02.09.03

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Marca da bollo cartacea € 16 ,00/ Marca da bollo telematica (art. 1, comma 596, L. 27.12.2013, n. 147)  se trasmessa via pec | | Spett.le  Agenzia Tutela della Salute  della Città Metropolitana di Milano  UOC Vigilanza Farmaceutica  UOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale)  Se trasmissione a mezzo PEC:  protocollo[generale@pec.ats-milano.it](mailto:generale@pec.ats-milano.it) |
| **OGGETTO: Richiesta autorizzazione al trasferimento della farmacia/dispensario farmaceutico**  **in altri locali nell’ambito della medesima sede farmaceutica di pertinenza.** | |

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Titolare/Legale Rappresentante della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. sede \_\_\_\_ ubicata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_,
* Gestore del Dispensario Farmaceutico sito nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicato in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_, di pertinenza della sede farmaceutica n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

**CHIEDE**

l’autorizzazione al trasferimento

* Definitivo
* Provvisorio, fino al \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del sopraindicato esercizio in altri locali

* [PER LE FARMACIE] nell’ambito della propria sede farmaceutica, ubicati nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_
* [PER I DISPENSARI] nell’ambito della propria zona di pertinenza, ubicati nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. Planimetria dei locali datata e firmata da tecnico abilitato e dal titolare/Direttore della farmacia/Gestore del Dispensario, in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti, le destinazioni d’uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l’accessibilità ai portatori di handicap
2. Relazione a firma di tecnico abilitato attestante che i locali sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia:

* di sicurezza elettrica (L. n.46/90/DPR n.447/91) comprensiva anche di impianto messa a terra;
* di sicurezza antiinfortunistica, di igiene dei luoghi di lavoro (D.L.vo n. 81 del 09/04/2008 e ss.mm.ii.);
* di superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 D.M. 236/89);
* di protezione antincendio, acustica (ove prevista), antisismica (ove prevista);

1. Certificazioni di conformità degli impianti installati e delle apparecchiature in dotazione;
2. Dichiarazione di agibilità o richiesta inoltrata al Comune;
3. Perizia tecnica asseverata atta a comprovare che i locali scelti sono:

• ubicati nell’ambito della sede farmaceutica prevista dalla pianta organica vigente (non necessario se sede unica);

• distanti mt. 200 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 3000 mt. dalle farmacie esistenti anche se ubicate in comuni diversi ai sensi dell’art. 104 comma 1, T.U.L.S. n. 1265/1934, come sostituito dall’art. 2, Legge n. 362/1991);

1. Copia della S.C.I.A. inoltrata per via telematica al Comune di competenza (con copia di ricevuta trasmissione via pec)(nel caso in cui non fosse possibile produrla all’atto dell’istanza, verrà consegnata non appena disponibile);
2. Dichiarazione a firma del titolare/direttore del numero di addetti contemporaneamente presenti durante l’attività lavorativa in farmacia;

**N.B.: la documentazione relativa alla parte edilizia, a discrezione dell’UOC Igiene e Sanità Pubblica dell’ATS competente per territorio, potrebbe essere soggetta ad integrazione con ulteriore documentazione in quanto la stessa sarà relazionata alla tipologia di attività oggetto di richiesta di valutazione**

Si impegna inoltre, al fine di consentire a codesta Unità Operativa l’espletamento dell’istruttoria necessaria al rilascio dell’autorizzazione, a trasmettere la comunicazione di fine lavori (modulo 1) qualora i locali non fossero ancora disponibili, con integrazione della documentazione di cui ai punti precedenti ancora mancante.

**Informativa - Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, pertanto si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS della Città Metropolitana di Milano.**

**Il titolare del trattamento è l’ATS della Città Metropolitana di Milano, nei confronti della quale potranno essere esercitati in ogni momento i diritti di cui al citato d.lgs. n.101/2018 e s.m.i..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Luogo e data) |  | (Firma del Farmacista Titolare/legale rappresentante) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.le  Agenzia Tutela della Salute  della Città Metropolitana di Milano  UOC Vigilanza Farmaceutica  UOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale)  Se trasmissione a mezzo PEC:  protocollo[generale@pec.ats-milano.it](mailto:generale@pec.ats-milano.it) |
|  |  |
| OGGETTO: Comunicazione di ultimazione lavori strutturali per il trasferimento della farmacia/dispensario farmaceutico in altri locali nell’ambito della medesima sede farmaceutica. | |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Titolare/Legale Rappresentante della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. sede \_\_\_\_ ubicata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_,
* Gestore del Dispensario Farmaceutico sito nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicato in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_, di pertinenza della sede farmaceutica n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in riferimento all’istanza di autorizzazione presentata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**COMUNICA**

che i lavori strutturali sono terminati e i nuovi locali della farmacia/dispensario farmaceutico sono disponibili per l’ispezione preventiva a decorrere dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Inoltre (**da compilare se necessario**)

**CHIEDE**

l’autorizzazione alla chiusura della farmacia/dispensario farmaceutico per trasloco o allestimento scaffali (o altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Luogo e data) |  | (Firma del Farmacista Titolare/legale rappresentante) |