Farmacia

Email

Pec

telefono

All’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

UOC Gestione e Vigilanza delle Farmacie in Convenzione

prestazioni.farmaceutiche@pec.asptrapani.it

Il/La sottoscritto/a Dr. .................................……………………......., nato/a a ..................................

il ..................…………......., nella qualità di titolare/rappresentante legale della farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sita in Via/piazza .............................................., n° ......,

**COMUNICA**

Di voler procedere all’ampliamento dei locali dell’esercizio farmaceutico mediante accorpamento della seguente unità immobiliare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano i seguenti documenti:

1. Certificato d’agibilità dei locali con destinazione d’uso\*;
2. Perizia giurata attestante che i nuovi locali ricadano nell’ambito della sede di appartenenza e che sono ubicati a una distanza superiore ai 200 metri misurata per la via pedonale più breve da soglia a soglia;
3. Planimetria dei locali (in formato A3), sottoscritta da tecnico, su scala 1:100, con layout degli arredi e attrezzature, la suddetta planimetria deve essere conforme a quella presentata all’UTC del Comune;
4. Relazione illustrativa dei locali e degli arredi, redatta e sottoscritta da tecnico, con riferimento alle misure poste in essere per l’eliminazione delle barriere architettoniche;
5. Certificazione di conformità dell’impianto elettrico;
6. Relazione tecnica impianto di climatizzazione ed aerazione;
7. Autorizzazione allo scarico;
8. Certificazione prevenzione incendi o dichiarazione sostitutiva di atto notorio indicante per quali motivazioni i locali non necessitano di detta certificazione;

\*per gli edifici antecedenti al 1934 occorre una perizia giurata, rilasciata da un perito iscritto al proprio albo, asseverante che: l’immobile è staticamente idoneo o che l’immobile è stato costruito antecedentemente al 1934, non ha subito modifiche tali da richiedere concessioni o autorizzazioni e che la destinazione d’uso attuale è compatibile con quella originaria.

DATA FIRMA

il sottoscritto autorizza altresì l’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ai sensi dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679

DATA FIRMA