Luogo, data

Al Direttore Generale

ATS della Val Padana

Via dei Toscani, 1

46100 Mantova

Al Servizio farmaceutico

ATS della Val Padana

farmaceutico@ats-valpadana.it

Oggetto: Domanda di autorizzazione per trasferimento/modifica locali Farmacia “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” sita in

**(indicare codice farmacia e denominazione)**

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

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap: \_\_\_\_\_\_\_

**Dati del Rappresentante Legale della Società o del Titolare:**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(nome e cognome)**

Nato/a a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

legale rappresentante della società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a cui afferisce la Farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(indicare codice farmacia e denominazione)**

oppure

titolare della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.I./C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

* Il trasferimento/la modifica dei locali **(indicare solo la casistica interessata)**

Della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Indicare codice farmacia e denominazione)**

Sede n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Urbana/Rurale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via/Piazza/Corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con decorrenza presumibilmente dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine si allega la seguente documentazione:

* Per il trasferimento locali: perizia asseverata da giuramento atta a comprovare che i locali sono ubicati nella sede prevista dalla Pianta Organica e distano almeno 200 mt dalla più vicina farmacia; per le farmacie istituite con criterio topografico il limite della distanza è elevato a 3000 metri dalla farmacia esistente anche se in Comuni diversi;
* Per il caso di modifica dei locali: il punto precedente non è applicabile nel caso in cui non venga modificato il numero civico di ingresso della farmacia;
* Planimetria dei locali datata e prodotta digitalmente da tecnico abilitato, 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 e una copia cartacea datata e firmata dal tecnico abilitato;
* Licenza d'uso, abitabilità, agibilità o certificazione equivalente
* Dichiarazione a firma del tecnico abilitato del superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 D.M. 236/89);
* Relazione di collaudo dei requisiti acustici o dichiarazione di non assoggettabilità eseguita da tecnico abilitato;
* Certificato di prevenzione incendi o dichiarazione di non assoggettabilità eseguito da tecnico abilitato;
* Denuncia di installazione di dispositivi di messa a terra di impianti elettrici e verbali di verifiche periodiche ai sensi del D.P.R. 462/01;
* Dichiarazione di conformità degli impianti elettrici/dichiarazione di rispondenza
* Dichiarazione di conformità degli impianti termoidraulici/dichiarazione di rispondenza
* Dichiarazione di conformità dell'impianto di distribuzione di gas/dichiarazione di rispondenza (solo se presente)
* Dichiarazione attestante il sistema di protezione contro i fulmini adottato dalle struttura
* Attestazione collaudo e verbali di verifiche periodiche impianto della caldaia (solo per impianti con potenza >35kv)
* Impianti di sollevamento (solo se presente): dichiarazione di conformità, matricola rilasciata dal competente ufficio comunale (per gli impianti marcati CE), ed ultima verifica periodica
* Dichiarazione di conformità/dichiarazione di rispondenza dell’impianto di condizionamento ai sensi della vigente normativa e relazione tecnica che dimostri idonee condizioni di temperatura, filtrazione, velocità dell’aria;
* Certificazione statica e sismica in base alle norme esistenti alla datazione dell'edificio o dell'ultimo intervento che implichi la revisione dei certificati citati;
* Documentazione relativa alla normativa in materia di sicurezza alimentare e alle procedure di autocontrollo qualora presso la farmacia siano previsti produzione, confezionamento e/o vendita di prodotti ad uso alimentare (anche se in confezioni originali e sigillate);
* Documento di valutazione del rischio e Documenti ex D. Lgs. 81/08 e s.m.i. in materia di sicurezza e igiene del lavoro (da elaborare entro 90 gg dalla data di inizio attività oppure entro 30 gg in caso di trasferimento/voltura
* Ricevuta SUAP (Sportello Unico per le Attività Produttive)
* Marca da bollo di 16,00 euro;
* Copia documento d’identità valido e codice fiscale del titolare o del rappresentante legale;

**Per il trasferimento locali:**

Il sottoscritto si impegna a far pubblicare la presente domanda, datata e protocollata, sia sull’albo pretorio dell’ATS della Val Padana sia sull’albo pretorio del Comune ove ha sede la Farmacia per quindici giorni consecutivi dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ compresi (ai sensi della legge 2 aprile 1968 n.475 e ss.mm.ii.).

Si impegna altresì a comunicare all’ATS della Val Padana, tramite email ([farmaceutico@ats-valpadana.it](mailto:farmaceutico@ats-valpadana.it)), l’avvenuta affissione e l’esito della pubblicazione del Comune, indicando eventuali opposizioni all’istanza.

Trascorso tale termine senza reclami né opposizioni, la Commissione di Vigilanza sulle farmacie provvederà all’ispezione preventiva ai nuovi locali.

***Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE***

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE.  
Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.  
Il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana.  
L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.  
L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo www.ats-valpadana.it.  
Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è reperibile presso la sede dell’Agenzia di Tutela della Salute della Valpadana, può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.ats-valpadana.it) indicati sul sito web www.ats-valpadana.it ed è il seguente soggetto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DPO** | **P. IVA** | **Via/Piazza** | **CAP** | **Comune** | **Rappresentante del DPO** |
| LTA S.R.L. | 14243311009 | Via della Conciliazione, 10 | 00193 | Roma | RECUPERO LUIGI |

Firmato il legale rappresentante/titolare/direttore tecnico (barrare la casistica non opportuna)