

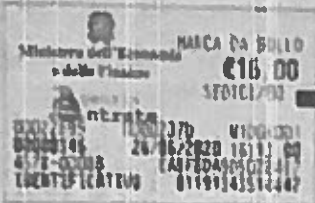


A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

DOCUMENTO

Autorizzazione
trasferimento locali
(FT MC) 2404 (0) doc
pag.1/2



Al Direttore Generale
ASL VC
C so M. Abbrate 21
13100 VERCELLI

OGGETTO: Istanza autorizzazione trasferimento sede farmaceutica in altri locali.

Il/la sottoscritto/a Dr./D.ssa **LARIA COSTANZO** Titolare/~~Direttore~~ della
Farmacia **COSTANZO LARIA**,

sede farmaceutica unica, rurale, del Comune di **CARE SANVA (VC)**, ubicata
in **CORSO LIBERTA' 5**,

sede farmaceutica N. _____, urbana/rurale, del Comune
di _____, ubicata in _____

come risulta da atto **DETERMINAZIONE N. 53 DEL 12/10/2015**

CHIEDE

l'autorizzazione a trasferire la farmacia dai locali attuali a quelli ubicati in
Via/Piazza **CORSO ROYA** n. **17**

A tal fine allega la seguente documentazione:

- 1) perizia tecnica asseverata atta a comprovare che i locali sono ubicati nella sede prevista dalla Pianta Organica locale e distante almeno 200 mt. dalla piu vicina farmacia, con misurazione da soglia a soglia per via pedonale più breve (**NON SERVE PER FARMACIA SEDE UNICA**),
- 2) planimetria aggiornata dei locali in scala 1:100, timbrata e firmata in originale da tecnico abilitato, in cui è evidenziata la suddivisione dei medesimi, le misurazioni ed ogni elemento utile per identificare al meglio le caratteristiche dei locali stessi,
- 3) certificato di agibilità o autocertificazione redatta esclusivamente da un tecnico abilitato regolarmente iscritto al proprio Albo professionale (ad es. Ingegneri, Architetti, Geometri, Periti edili, etc.).

| | | | |
|---|---|---|---|
| Stesura: <u>Dr.ssa Roberta Giacometti</u> | Verifica: <u>Dr.ssa Antonietta Barbieri</u> | Autorizzazione: <u>Dr.ssa Antonietta Barbieri</u> | Emissione: <u>Dr.ssa Roberta Giacometti</u> |
| Urgente Farmacia <u>II</u> Farmacia <u>III</u> | Direttore <u>II</u> <u>SI</u> Farmaceutica | Direttore <u>II</u> <u>SI</u> Farmaceutica | Direttore Farmacia <u>SI</u> Farmaceutica |
| Territoriale - Aprile 2019 | Territoriale - Aprile 2019 | Territoriale - Aprile 2019 | Territoriale - Aprile 2019 |
| QUESTO DOCUMENTO È IN PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE. | | | |



- 4) dichiarazione asseverata di conformità degli impianti termico, idraulico, elettrico e di condizionamento (ove presente) firmata da tecnico abilitato.
- 5) richiesta di certificazione igienico - sanitaria locali per attività varie (SISP MO 0934 nn) e relativo versamento

Il sottoscritto si rende disponibile a produrre eventuale altra documentazione che codesta Amministrazione riterrà eventualmente utile per il rilascio dell'autorizzazione richiesta.

Rende noto che a far data dal _____ i locali potranno essere visionati al competente Servizio per la valutazione dell'idoneità igienico-sanitaria dei medesimi.

luogo e data

CARESANA, 16/09/2020

Firma Titolare/Direttore della farmacia

Ilaria Costanzo

Farmacia Costanzo Dott.ssa Ilaria
Corso Libertà 5 - CARESANA (VC)
Tel 0161 78118
P IVA 02481990063 - REA 197285
Cod Fisc CST LRI 84H51 B885U

| | | | |
|--|--|--|--|
| Stesura: Dr.ssa Roberta Giacometti | Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri | Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri | Emulsione: Dr.ssa Roberta Giacometti |
| Direzione Farmaciale N. Farmaceutica Territoriale - Aprile 2019 | Direzione F. N. Farmaceutica Territoriale - Aprile 2019 | Direzione F. N. Farmaceutica Territoriale - Aprile 2019 | Direzione Farmaciale N. Farmaceutica Territoriale - Aprile 2019 |
| QUESTO DOCUMENTO NON PUO' ESSERE USATO RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE | | | |