



SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE
TEL. 0172 1408987
e.mail: aslcn2@legalmail.it

Codice procedimento: 3/FARTER

Termine per provvedere: 120 giorni

Codice titolario: II.6.01.03

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/> Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 Assistenza Farmaceutica Territoriale

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

Alla c.a.

DIRETTORE GENERALE
ASL CN2 Alba-Bra

S.S. SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE
ASLCN2 Alba-Bra

e p.c.

ORDINE FARMACISTI DI CUNEO
Via Cascina Colombaro, 56
12100 CUNEO

OGGETTO: Richiesta autorizzazione locali esterni distaccati dalla sede della farmacia per erogazione di servizi sanitari rientranti nella “Farmacia dei Servizi”

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa

RICHIEDENTE

Cognome	Nome	C.F.
nato/a	il	comune
Prov.		
Stato di nascita	cittadinanza	
Comune di residenza	Prov. residenza	CAP
Indirizzo residenza		n°
Telefono	Cell.	Pec.

nella propria qualità di titolare/direttore della farmacia

FARMACIA

Denominazione farmacia	
Sede n°	
Comune	Prov.
Indirizzo	CAP
P. IVA	
Indirizzo di PEC (obbligatorio)	

CHIEDE

I'autorizzazione dei locali esterni distaccati dalla sede della farmacia esclusivamente per svolgere attività inerenti la “Farmacia dei Servizi” a partire dal _____

A tale fine comunica che i nuovi locali sono siti in:

(indirizzo completo)

Dichiara inoltre che:

- i locali rientrano nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia prevista dalla pianta organica¹

- in tali locali distaccati non avverrà il ritiro delle prescrizioni mediche¹
 - in tali locali distaccati non avverrà la dispensazione/vendita di farmaci, parafarmaci o di ogni altro prodotto/dispositivo¹
 - tali locali distaccati non verranno utilizzati per svolgere altre attività inerenti la farmacia (es. laboratorio, magazzino...) al di fuori di quelle della “Farmacia dei Servizi”¹
 - tali locali non sono comunicanti con ambulatori medici²
-

Dichiara che nei locali in questione verranno effettuate le seguenti attività³:

A tale fine allega la seguente documentazione:

- Perizia tecnica (redatta esclusivamente da tecnico abilitato regolarmente iscritto al proprio albo professionale, ad es. Ingegneri, Geometri, Periti edili,) atta a comprovare che i locali scelti sono:
 - ricadono nell'ambito della sede di pertinenza prevista in pianta organica
 - sono situati ad una distanza non inferiore a 200 metri dalle altre farmacie e dai locali ove sono svolti i servizi sanitari di pertinenza di altre farmacie (la distanza è misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia)
 - conformi ai requisiti previsti dalle vigenti normative in materia di igiene e sicurezza.
- Planimetria dei locali datata e firmata in originale da tecnico abilitato, in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti, specifica delle destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni.
- Dichiarazione di tecnico abilitato che asseveri la conformità dei locali agli strumenti urbanistici approvati ed adottati, ai regolamenti edilizi vigenti e alle altre normative di settore aventi incidenza sulla disciplina dell'attività edilizia e, in particolare, alle norme antisismiche, di sicurezza, antincendio, igienico-sanitarie ed alle norme relative all'efficienza energetica.
- Disciplinare tecnico riportante i servizi che si intendono svolgere, gli spazi destinati ai servizi stessi, le procedure operative per l'esecuzione dei servizi.
- Segnalazione Certificata di Agibilità (SCA).
- Marca da bollo di € 16,00 per il rilascio della copia autentica della Determinazione dirigenziale di autorizzazione all'apertura e al riconoscimento della titolarità;
- Fotocopia di carta d'identità del sottoscrittore.

Data	Firma
------	-------

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali esposta sul sito dell'ASL CN2 sezione Modulistica/Assistenza Farmaceutica Territoriale/Farmacie e di autorizzare l'ASL CN2 al trattamento dei dati personali.

Data	Firma del richiedente
------	-----------------------

Normativa di riferimento

1. “Accordo Collettivo Nazione per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell’art. 8, comma 2, del D.Lgs 30/12/1992, n. 502 e s.m.i.” 20/12/2024.
2. Regio Decreto n. 1706 del 30/09/1938 art. 45
3. D.lgs n. 153 del 03/10/2009 e s.m.i.