



Alla C.a.

Ill/mo Sig.
DIRETTORE GENERALE
ATS Sardegna - Via Enrico Costa 57-
07100-Sassari

DIRETTORE ASSL Cagliari
Prof. Luigi Minerba

Direttore U.O.C.F.T.
Farmaceutica Territoriale c/o P.O.
Binaghi Dr.ssa M.S. LEDDA

OGGETTO: Richiesta autorizzazione al trasferimento della farmacia in altri locali
nell'ambito della propria sede farmaceutica. DA VIA CAGLIARI N°61
A VIA CAGLIARI N°42 COMUNE DI SAN SPERATE
FARMACIA Dott.ssa PUSCEDDU IVANA

La/Il sottoscritta/o dr./dr.ssa

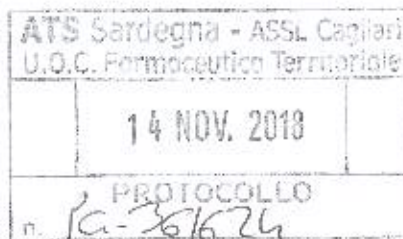
RICHIEDENTE

Cognome PUSCEDDU Nome IVANA
nata/o il 03/08/58 Comune di nascita TERRALBA Prov. OR
Stato di nascita ITALIA cittadinanza ITALIANA
Comune di residenza SAN SPERATE prov. resid. CA CAP 09026
indirizzo residenza VIA SICILIA n° 2
tel. 0709600167 cellulare 3485442736
Codice Fiscale PSCVN158B43L122V

nella propria qualità di titolare/direttore /legale rappresentante della farmacia

FARMACIA

denominazione farmacia FARMACIA PUSCEDDU DSSA IVANA
comune SAN SPERATE prov. CA
indirizzo VIA CAGLIARI N°61 cap. 09026
sede n. 2
p. IVA 01658570922
@ 16147@pec.federforuna.it
PEC Posta Elettronica Certificata obbligatoria



CHIEDE

l'autorizzazione al trasferimento della Farmacia suddetta nella nuova sede.

- al seguente indirizzo: VIA CAGLIARI N° 61 COMUNE SAN SPERATE

A tal fine allega la seguente documentazione:

- perizia giurata in bollo, da un tecnico abilitato, sulla distanza dalle altre farmacie e che i locali individuati per la farmacia distano più di 200 m. (misurati da soglia a soglia per la via pedonale più breve) dalle farmacie più vicine (*indicare quali*)
- Perizia tecnica (redatta esclusivamente da un tecnico abilitato regolarmente iscritto al proprio albo professionale, ad es. Ingegneri, Geometri, Periti edili...) *atta a comprovare che i locali scelti sono:*
 - ubicati nell'ambito della sede farmaceutica prevista dalla pianta organica vigente (non necessario se sede unica);
 - 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, le 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, di sicurezza, antincendio, igienico-sanitarie ed alle norme relative all'efficienza energetica;
- Certificato di agibilità o richiesta inoltrata al Comune di SAN SPERATE
 - **-Licenza d'uso o abitabilità/agibilità: modello Suape (codice univoco): 1609**
 - Collaudo statico
 - **-Dichiarazione a firma del tecnico abilitato sul superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 D.M. 236/89);**
 - Relazione di collaudo **requisiti acustici** a firma del tecnico (solo per i locali soggetti a collaudo) o dichiarazione di non assoggettabilità;
 - Certificato di **prevenzione incendi** o dichiarazione di non assoggettabilità;
 - **-Dichiarazione a firma del tecnico abilitato che i locali della farmacia sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza elettrica e conformità degli impianti termoidraulici;**
 - Fotocopia carta d'identità del sottoscrittore.

Data

16/11/18

Firma

Ivana Pusceddu

FARMACIA 200305
D.ssa Ivana Pusceddu
Via Cagliari, 61
09026 San Sperate (CA)
Tel. 070 9600167
P. IVA 01658570922

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del Procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

16/11/18

Firma

Ivana Pusceddu

FARMACIA 200305
D.ssa Ivana Pusceddu
Via Cagliari, 61
09026 San Sperate (CA)
Tel. 070 9600167
P. IVA 01658570922