



Alla c.a. Ill/mo Sig.  
DIRETTORE GENERALE  
ATS SARDEGNA – via Enrico Costa n. 57 –  
07100 Sassari

DIRETTORE ASSL Cagliari  
Dott. Luigi Minerba

Alla U.O.C. Farmaceutica Territoriale  
c/o P.O. Binaghi

**OGGETTO: Richiesta autorizzazione al trasferimento della farmacia in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica: FARMACIA SAN LUSSORIO SEDE N. 8 SELARGIUS (CA)**

Informativa EX Art. 13 DEL D.Lgs. N. 196/2003 – PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI –

NEL COMPILARE QUESTO MODELLO DI ISTANZA, COME ANCHE PER LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN ALLEGATO, LE CHIEDEREMO DI FORNIRE DATI PERSONALI CHE SARANNO TRATTATI DALL'AMMINISTRAZIONE NEL RISPETTO DEI VINCOLI E DELLE FINALITA' PREVISTE DAL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.Lgs.196/2003). IL TRATTAMENTO AVVERRA' NELL'AMBITO E NELLE FINALITA' ISTITUZIONALI DELL'AMMINISTRAZIONE E PERTANTO LA VIGENTE NORMATIVA NON RICHIEDE UNA ESPlicita MANIFESTAZIONE DEL SUO CONSENSO. IN OGNI CASO LEI POTRA' ESERCITARE I DIRITTI RICONOSCIUTI DALL'ART. 7 DEL DECRETO E S.M.I. E LE ALTRE FACOLTA' CONCESSE DALLA VIGENTE NORMATIVA.

#### Dati del Direttore Tecnico

Cognome LODDI Nome CARLA  
nato/a il 04/05/1978 Comune di nascita VILLACIDRO Prov. SU  
Stato di nascita ITALIA Cittadinanza ITALIANA  
tel. \_\_\_\_\_ Cellulare 3670723212 PEC carla.loddi@pec.it

#### Dati anagrafici soci

Cognome ASUNI Nome LUCIANA  
nato/a il 02/10/1972 Comune di nascita CAGLIARI Prov. CA  
Stato di nascita ITALIA Cittadinanza ITALIANA  
Comune di residenza VILLACIDRO Prov. res. SU CAP 09039  
Indirizzo di residenza VIA SASSARI N. 603 CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ Cellulare 3208119173 PEC luciana-asoni@pec.it  
Comune del domicilio VILLACIDRO Prov. dom. SU CAP 09039  
Codice Fiscale SNALCN72R42B354J

ATS Sardegna - ASSL Cagliari	
U.O.C. Farmaceutica Territoriale	
17 SET. 2019	
PROTOCOLLO	
n. <u>PE/2019/264851</u>	

Cognome CABRAS

Nome MARIA CRISTINA

nata il 18/04/1972

Comune di nascita SAN SPERATE Prov. CA

Stato di nascita ITALIA

Cittadinanza ITALIANA

Comune di residenza SANT'ANTIOCO Prov. res. SU

CAP 09017

Indirizzo di residenza VIA MATTEOTTI N. 3

CAP 09017

tel. 0781 879665

Cellulare 3420969021

PEC maria.cristina.cabras@pec.it

Comune del domicilio SANT'ANTIOCO Prov. dom. SU

CAP 09017

Codice Fiscale CBRMCR72D58I166X

### FARMACIA

Denominazione farmacia FARMACIA SAN LUSSORIO SEDE N. 8

Comune SELARGIUS

Prov. CA

Indirizzo VIA DEI PAPAVERI

N. 24

CAP 09045

Sede n. 8

p. iva 03792940920

@ [farmaciasanlussorio@legamail.it](mailto:farmaciasanlussorio@legamail.it)

CHIEDE

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

- al seguente indirizzo: VIA DELLE ALZALEE N. 122
- a partire dal \_\_\_\_\_

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 distino 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 sono:
  - ☒ ubicati nell'ambito della sede farmaceutica pervista dalla pianta organica vigente (non necessario se sede unica);
  - ☒ conformi ai requisiti previsti dalle vigenti normative in materia di igiene e sicurezza.

- X 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;
- X 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;
- X Certificato di agibilità o richiesta inoltrata al Comune di SELRARIA
- X **Licenza d'uso o abitabilità/agibilità: modello Suape (codice univoco):**
  - Collaudo statico
- X 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
- X 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

14/09/19

Firma

Enke Koldi

Data

14.09.19

Firma

Lucrezia Aveni

Data

14/09/19

Firma

Maria Cristina Cebra

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 va resa.

ATS Sardegna - ASSL Cagliari	
U.O.C. Farmaceutica Territoriale	
17 SET. 2019	
PROTOCOLLO	
n. <u>96/2019/264851</u>	

