



Alla C.a.

Ill/mo Sig.

DIRETTORE GENERALE  
ATS Sardegna - Via Enrico Costa 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:

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 FINALITÀ PREVISTE DAL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.Lgs 196/2003). IL TRATTAMENTO AVVERRÀ NELL'AMBITO DELLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'AMMINISTRAZIONE E PERTANTO LA VIGENTE NORMATIVA NON RICHIEDE UNA ESPlicita MANIFESTAZIONE DEL SUO CONSENSO. IN OGNI CASO LEI POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI RICONOSCIUTI DALL'ART. 7 DEL DECRETO E LE ALTRE FACOLTÀ CONCESSE DALLA VIGENTE NORMATIVA.

**Dati anagrafici Direttore Tecnico**

Cognome PISANO Nome PAOLO  
nata/o il 17.10.1953 Comune di nascita CAGLIARI Prov. CA  
Stato di nascita \_\_\_\_\_ cittadinanza ITALIANA  
tel. \_\_\_\_\_ cellulare 347 6275198 PEC 16205@pec.federfarms.it

**Dati anagrafici soci**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nata/o il \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Stato di nascita \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ prov. resid. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo residenza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Comune del domicilio \_\_\_\_\_ Prov. domic. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**FARMACIA**

denominazione farmacia FARMACIA DR PAOLO PISANO  
comune CAGLIARI prov. CA  
indirizzo VIA DANTE N. 226 cap. 09128  
sede n. \_\_\_\_\_  
p. IVA 02596840922  
@ \_\_\_\_\_

PEC Posta Elettronica Certificata  
obbligatoria

ATS Sardegna - ASSL Cagliari  
U.O.C. Farmaceutica Territoriale

23 LUG. 2019

PROTOCOLLO

n. 96/2019/21792

## CHIEDE

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

- al seguente indirizzo: CAGLIARI VIA DANTE 260
- a partire dal 16/09/2019

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 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 e, in particolare, alle norme antisismiche, di sicurezza, antincendio, igienico-sanitarie ed alle norme relative all'efficienza energetica;
  - ~~Certificato di agibilità~~ e richiesta inoltrata al Comune di CAGLIARI
  - **Licenza d'uso o abitabilità/agibilità: modello Suape (codice univoco):**
  - 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

15/07/19

Firma

Dott. Paolo Pisano

**FARMACIA**  
**Dott. PAOLO PISANO**  
Via Dante 226 - 09128 Cagliari  
Partita IVA 02596840922  
Cod. Reg. 200330

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

15/07/19

Firma

Dott. Paolo Pisano

**FARMACIA**  
**Dott. PAOLO PISANO**  
Via Dante 226 - 09128 Cagliari  
Partita IVA 02596840922  
Cod. Reg. 200330

