

FARMACIA FUTURA
di Valle Rho di Sanfilippo Luca & C. sas
Via XX Settembre, 4
20834 NOVA MILANESE
Tel. 0362 45 13 80
P.IVA 09165570962



**Al Direttore Generale
ATS BRIANZA
Viale Elvezia, 2
20900 Monza (MB)**

DOMANDA TRASFERIMENTO LOCALI FARMACIA

Il/La sottoscritto. dott.Sanfilippo Luca.....
Nato/a aMilano.....il03/10/1992.....
Residente aMilano.....
Cod.fisc.SNFLCU92R03F205F.....
In qualità di Titolare/ Direttore Responsabile della farmacia denominata
".....Farmacia Futura di valle Rho sas Sanfilippo Luca e C....."
Sede n. / unica del comune diNova Milanese.....

CHIEDE

l'autorizzazione al trasferimento dei locali della suddetta farmacia nell'ambito della stessa
sede per la quale fu concessa l'autorizzazione, sita nel comune di ...Nova Milanese.....
in via / piazza.....XX Settembre..... n.2/A.....
ai locali siti in via / piazza.....Garibaldi..... n.62.....

COMUNICA

la disponibilità dei locali per l'ispezione preventiva a decorrere dal
05 Dicembre 2024.

A tal fine, DICHIARA

Che gli stessi locali sono stati oggetto di ristrutturazione edilizia con rifacimento completo
di tutti gli impianti e a tal fine si allegano schemi degli impianti, le certificazioni degli
impianti completo di progetto

Alla presente si allegano i seguenti documenti:

- Perizia tecnica asseverata, da valutare in fase istruttoria se giurata, ai sensi di legge atta a comprovare che i locali siano ubicati nell'ambito della stessa sede ricompresa nel territorio comunale per la quale fu concessa l'autorizzazione e che tali locali siano situati ad una distanza dagli altri esercizi farmaceutici non inferiore a 200 metri, misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia delle farmacie;
- Planimetria aggiornata dei locali in scala 1:100 con rapporti aereo-illuminanti e sezioni;
- Agibilità dei locali da adibire a Farmacia, con indicazione della destinazione d'uso;
- Dichiarazione di conformità degli impianti ai sensi delle vigenti normative;
- n. 2 marche da bollo (tariffa vigente): una da applicare alla presente istanza e l'altra per il rilascio in bollo di copia conforme all'originale della Delibera di Autorizzazione;
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del Titolare/Direttore Responsabile datati e firmati (se la consegna dell'istanza non viene fatta di persona).
- Dichiarazione a firma del tecnico abilitato sul superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 D.M. 236/89),
- Relazione di collaudo requisiti acustici;
- Certificato di prevenzione incendi o dichiarazione di non assoggettabilità;
- Dichiarazione di conformità alla L. n. 64/74 per le farmacie che ricadono nelle zone sismiche di cui all'elenco D.M. 5.3.1984;
- 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;
- Denuncia di installazione di dispositivi di messa a terra di impianti elettrici e verbali di verifiche periodiche ai sensi del D.P.R. 462/01, o della previgente normativa, e successive modifiche ed integrazioni;
- In presenza di impianto di sollevamento, prima verifica e successive ai sensi del DM 11.04.2011;
- In presenza di impianto di condizionamento, dichiarazione di conformità dell'impianto ai sensi della vigente normativa e relazione tecnica che dimostri idonee condizioni di temperatura, filtrazione, velocità dell'aria;
- Dichiarazione a firma del tecnico abilitato che i locali della farmacia sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza anti-infortunistica, di igiene dei luoghi di lavoro;
- Nel caso in cui presso la farmacia siano previsti la produzione, il confezionamento, la vendita di prodotti ad uso alimentare (anche se in confezioni originali e sigillate), documentazione relativa al rispetto della vigente normativa in materia di sicurezza alimentare (con particolare riferimento alle procedure di autocontrollo);
- Documento di valutazione del rischio in materia di sicurezza e igiene del lavoro

Data: 30/11/2024

Il Titolare/Direttore Responsabile



INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE - Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 - Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 - 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it - PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it ;
- l'Informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - *Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti - Dati Ulteriori - 2.4.7 Privacy*;
- il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è l' **Avv. Fabio Balducci Romano**, con studio legale in via Savorgnana n.20- Udine (UD)- Cap 33100.

Nova Milanese....., ...30/11/2024.....
(luogo) (data)

(firma)

