

ALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA :
PG/2022/66712 del 08/10/2022 ore 09.17
Mitt.: FARMACIA LOSTIA DI SANTA SOFIA MA...
Ass.: SC Servizio Farmaceutico Territor...
Class.: 1.4



Ill./mo Sig.

DIRETTORE GENERALE

ARES Sardegna - Via Piero della Francesca
Selargius Cagliari

DIRETTORE Azienda Socio Sanitaria Locale
Cagliari

Direttore U.O. Farmaceutica Territoriale

Dott.ssa Ninfa Antonia Di Cara
Piazza Marco Polo
c/o Ente Fiera Campionaria- Cagliari
Padiglione L- Torre Uffici

OGGETTO: Richiesta autorizzazione al trasferimento della farmacia in altri locali
nell'ambito della propria sede farmaceutica: da via DANIMARCA 4 _____

a via DANIMARCA 113 _____ Comune di QUARTU SANT'ELENA

RICHIEDENTE

La/I sottoscritta/o dr./dr.ssa

Cognome Lostia di Santa Sofia _____ Nome Mariangela _____

nata/o il 22-11-1955 _____ Comune di nascita CAGLIARI _____ Prov. CA

_____ Stato di nascita ITALIA _____ cittadinanza ITALIANA _____

Comune di residenza CAGLIARI _____ prov. resid. CA _____ CAP 09100

indirizzo residenza PIAZZA COSTITUZIONE _____ n° 14 _____

tel. _____ cellulare _____

Codice Fiscale LSTMNG55S62B354H _____

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

CHIEDE

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

- al seguente indirizzo: VIA DANIMARCA N°113 IN QUARTU S.E. _____

A tal fine allega la seguente
documentazione:

- 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:

51



- 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; SI
- 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; SI
- Certificato di agibilità o richiesta inoltrata al Comune di _____ NO
- Licenza d'uso o agibilità: modello Suape (codice univoco): _____ NO
- Collaudo statico SI
- Dichiarazione a firma del tecnico abilitato sul superamento delle barriere architettoniche (L.13/89D.M. 236/89); SI
- Relazione di collaudo requisiti acustici a firma del tecnico (solo per i locali soggetti a collaudo) o dichiarazione di non assoggettabilità; SI
- 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; NO
- Fotocopia carta d'identità del sottoscrittore. SI

Data

05/10/22

Firma

[Handwritten signature]

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

05/10/22

Firma

[Handwritten signature]