

REGIONE DEL VENETO



ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DEI LOCALI ESTERNI
ALLA FARMACIA NELL'AMBITO DELLE SEDI DI PERTINENZA PER
L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI RIENTRANTI NELLA C.D.
FARMACIA DEI SERVIZI
(DGR 69-2024)**



Al Sig.
Direttore Generale
dell'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana
Via Sant'Ambrogio di Fiera, n. 37
31100 Treviso

Al Sig. Sindaco del Comune di
GAIARINE

Il/La sottoscritto/a FAVERO PAOLO
nato/a a TREVISO Prov. (TV) il 18/10/1961
Codice fiscale FURPLA61R18L407M in qualità di:
☒ titolare ☐ direttore ☐ legale rappresentante della farmacia FAVERO DR. PAOLO
sede n. 151 del Comune di FRANCENIGO DI GAIARINE CAP 31018
In via/piazza Via dei Fracassi n° 39C

CHIEDE

l'autorizzazione all'utilizzo dei locali esterni alla farmacia suddetta nei locali siti al seguente
Indirizzo:

via/piazza Via dei Fracassi n° 39 H
Comune di FRANCENIGO DI GAIARINE Prov. (TV).

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di
falsità contenute in dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà,

DICHIARA

- che i locali indicati rientrano nell'ambito territoriale della sede per la quale è stata concessa l'autorizzazione, tenuto conto delle eventuali modifiche successive della pianta organica da parte del Comune;
- che i locali saranno utilizzati esclusivamente per lo svolgimento dei servizi sanitari rientranti nella "farmacia dei servizi";

- che i locali saranno utilizzati:

- ☒ esclusivamente dalla farmacia richiedente
- ☐ anche da altra/e farmacia/e afferente/i alla medesima Azienda ULSS, Indicare quale/i _____, In tal caso i locali dovranno ricadere nell'ambito di pertinenza di una delle farmacie della rete. L'Autorizzazione viene rilasciata al Responsabile della rete.

CHIEDE

inoltre, agli enti in indirizzo (Azienda Ulss e Comune), che la presente domanda venga pubblicata per quindici giorni consecutivi all'Albo Pretorio come previsto dall'art. 1 della L. 475/1968 (e successive modifiche).

Si allegano alla domanda:

- planimetria in scala 1:100 (in formato A3/A4) dei locali datata, timbrata e firmata da un professionista abilitato e dal Titolare/Direttore della farmacia con indicati: i rapporti aereo illuminanti, le destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga, l'accessibilità ai portatori di handicap e il lay-out delle attrezzature e degli arredi;
- dichiarazione a firma del tecnico abilitato sul superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 - DM 236/89);
- dichiarazione da parte del tecnico installatore abilitato di conformità degli impianti elettrici, termoidraulici e , se presente, dell'impianto di distribuzione del gas (DM 37/2008, DPR 447/91);
- denuncia di installazione di impianto di messa a terra di impianti elettrici (DPR 462/01);
- dichiarazione, in presenza di impianto di condizionamento, di conformità dell'impianto (DM 37/2008);
- licenza d'uso o abitabilità/agibilità (art. 24 DPR 380/01);
- copia documento di identità del richiedente.

Si invia inoltre la Procedura Operativa redatta dal Titolare/Direttore della farmacia in relazione all'attività svolta all'interno dei locali esterni distaccati riportante le indicazioni operative declinate in funzione dei diversi servizi erogati, precisare

quali: GLICERIA - PROFILO LIPIDICO - ELETTROCARDIOGRAMMA - CONSULENZE GRATUITE - TAMPONI - INR - MISURAZIONE PRESSIONE e in futuro possibilità di ampliare con servizio infermieristico e holter e eventuali campagne vaccinali.
Distinti saluti.

Luogo, data Francenigo 03/06/26

Timbro e firma della farmacia



Inviare a protocollo.aulss2@pecveneto.it