

## ISPEZIONE PREVENTIVA DEI LOCALI PRECEDENTE AL PROVVEDIMENTO DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO FARMACEUTICO

In data \_\_\_\_\_ i componenti della Commissione di Vigilanza sulle Farmacie dell'Azienda Ulss n. 2 Marca trevigiana:

Dott./Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_

Dott./ Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_

Dott./ Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_

alla presenza del/della Dott./Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_

farmacista assegnatario della sede farmaceutica del Comune di \_\_\_\_\_,

Farmacia di nuova istituzione, hanno proceduto all'ispezione dei locali siti in \_\_\_\_\_,

destinati alla nuova sede farmaceutica.

Hanno ritenuto i locali:

IDONEI    NON IDONEI    IDONEI CON LE SEGUENTI PRESCRIZIONI/OSSERVAZIONI:

---



---



---



---



---

all'esercizio del Servizio Farmaceutico per le destinazioni d'uso indicate nella planimetria agli atti. Qualsiasi cambio di utilizzo d'uso dei locali dovrà essere autorizzato.

Timbro e firma Farmacista

UO Assistenza Farmaceutica Territoriale

---

Timbro e firma Farmacista  
assegnatario della Farmacia

---

Il Segretario

---

Timbro e firma Medico

UO Servizio Igiene e Sanità Pubblica

---

Firma Farmacista designato  
dall'Ordine dei Farmacisti

---