Modulo 19

Spett.le

Servizio Farmaceutico

ATS della VAL PADANA

Oggetto: Dichiarazione di disponibilità dei locali per l’ispezione preventiva locali Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto titolare/Direttore della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicata in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in riferimento alla domanda presentata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNICA

la disponibilità dei locali per l’ispezione preventiva a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano:

* **Licenza d’uso o abitabilità/agibilità**;
* **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**.**

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_