

FARMACIA DEI SERVIZI

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DEI LOCALI ESTERNI

Bollo 16 €

(1 bollo per istanza + 1 bollo
per autorizzazione)

Alla C.a. Azienda sanitaria Friuli Occidentale - AsFO
Via della Vecchia Ceramica n. 1 33170 – PORDENONE

- S.C. Assistenza Farmaceutica
- Dipartimento di Prevenzione

PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

La/Il sottoscritta/o dr.ssa/dr.

RICHIEDENTE		
Cognome	Nome	
nata/o a	Prov	il
CF		

Nella propria qualità di:

☐ titolare ☐ direttore ☐ legale rappresentante della
farmacia:

FARMACIA	
Ragione sociale	CRF
sita in via	n.
nel comune di	Prov

RICHIEDE

l'autorizzazione allo svolgimento dei servizi di cui al D. Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153 s.s.m.m.i.i., in
locali ESTERNI ALLA FARMACIA, ubicati al seguente indirizzo:

Via	n.
Comune	Prov.
a far data dal	

a tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.45 in caso di falsità contenute in dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà,

DICHIARA

che i suddetti locali:

- ☐ ricadono nell'ambito della sede di pertinenza prevista in pianta organica e sono situati ad una distanza non inferiore a 200 metri dalle altre farmacie e dai locali ove sono svolti i servizi sanitari di pertinenza di altre farmacie;
- ☐ sono destinati in via esclusiva all'esecuzione dei servizi sanitari di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, essendo in essi vietata attività di ritiro delle prescrizioni mediche e qualsiasi dispensazione o vendita di farmaci o di altri prodotti.
- ☐ sono chiaramente identificati in merito ai servizi sanitari offerti negli stessi, ai soggetti titolari di farmacia che offrono tali servizi ed all'eventuale presenza di altri professionisti sanitari (es: infermiere, fisioterapista).
- ☐ in regola con i requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia;

DICHIARA

altresì che nei suddetti locali vengono svolte le seguenti attività:

- ☐ somministrazione di vaccini antinfluenzali ed anti-COVID19;
- ☐ somministrazione di test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo;
- ☐ prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'auto controllo
- ☐ servizi di secondo livello
- ☐ test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e-ter del D. Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153;
- ☐ prestazioni professionali, come individuate dagli artt. 3-4 del D.M. Salute 16 dicembre 2010, effettuate da infermieri e/o fisioterapisti, in possesso di titolo abilitante ai sensi della normativa vigente e iscritti al relativo ordine professionale¹.

I seguenti **ALTRI SERVIZI** di cui al D. Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153 *s.s.m.i.i.*:

☐

☐

☐

☐

☐

¹ ACN 06.03.2025 Art.21 c.10: "Il farmacista titolare o direttore è tenuto ad accertare sotto la propria responsabilità il possesso dei titoli di cui al comma 1."

ALLEGATI:

- copia del documento di riconoscimento del/della richiedente;
- planimetria aggiornata, datata e firmata in originale dal tecnico abilitato, (in scala 1:100), con indicati i rapporti aereo-illuminati, le destinazioni d'uso dei singoli locali (con descrizione dei diversi servizi svolti in ciascun locale²), le sezioni, l'arredo;
- Certificato di agibilità rilasciato dal comune o domanda presentata in comune per la verifica dell'attestazione attraverso il silenzio assenso³⁴;

PER I SERVIZI DI SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI E TEST DIAGNOSTICI:

- "Modulo di adesione" di cui all'ACN 06.03.2025 Art.2 c.1, ultimo vigente;

PER LE PRESTAZIONI ANALITICHE DI PRIMA ISTANZA ED I SERVIZI DI II LIVELLO:

- "Tabella di autovalutazione" cui all' Allegato 1 alla Delibera 1920-2024 *s.s.m.m.i.i.*

PER CIASCUNO DEI SERVIZI SOPRA DICHIARATI viene allegato:

- relativo disciplinare tecnico con descrizione del servizio reso e delle procedure operative per l'esecuzione dei servizi¹

Eventuali note aggiuntive:

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679 e d.lgs. n. 196/2003 e s.m.i.), che i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale di Pordenone, Delegato al trattamento dati per l'ambito di cui al presente procedimento è il Responsabile della S.C. Assistenza Farmaceutica.

*L'informativa completa è reperibile sul sito aziendale ASFO:
https://asfo.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/privacy.html*

Data

Timbro/Firma

² ACN 06.03.2025 All.4 art.6 c 3: "Nella richiesta di autorizzazione all'utilizzo dei locali esterni il titolare/direttore della farmacia allega apposito disciplinare tecnico riportante i servizi che si intendono svolgere, gli spazi destinati ai servizi stessi, le procedure operative per l'esecuzione dei servizi."

³ Trascorsi 30 gg dalla ricezione della domanda, l'agibilità si intende attestata nel caso sia stato rilasciato il parere dall'Azienda Sanitaria, qualora previsto dalla legge. In caso di autocertificazione, il termine per la formazione del silenzio assenso è di 60 gg.

⁴ Riferimenti normativi: L. R. 19/2009 artt. 27-28, D.M. n. 37 del 22/1/2008 art. 9 (certificato di agibilità a seguito di dichiarazione conformità impianti utilizzati), D.P.Reg. n. 18/Pres. del 20/1/2012 art. 4 (criteri per il rilascio del certificato di agibilità).