



C.a III.mo
DIRETTORE GENERALE
 Azienda Sanitaria Locale CN1

E.p.c.
Responsabile Assistenza Farmaceutica
 Territoriale

Direttore SOC Servizio Igiene e sanità
 Pubblica

**OGGETTO: Richiesta di autorizzazione al trasferimento dei locali della farmacia San Lorenzo sita in
 Busca Corso Giovanni XXIII n° 3**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa

RICHIEDENTE							
Cognome	CAMISASSI		Nome	ANTONELLA		C.F.	CMSNNL59R64H727F
nato/a	SALUZZO	il	24/10/1959	comune	SALUZZO	Prov.	CN
Stato di nascita	ITALIA	cittadinanza	24/10/1959		ITALIANA		
Comune di residenza	SALUZZO	Prov. residenza	CN	CAP	12037		
Indirizzo residenza	VIA BAGNI			n°	1/A		
Telefono		Cell.	3396497225	Pec.			
Domicilio se diverso dalla residenza	-						
Comune del domicilio		Prov. domicilio		CAP			

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

FARMACIA			
Denominazione farmacia	FARMACIA SAN LORENZO		
Sede n°	-		
Comune	BUSCA	Prov.	CN
Indirizzo	Corso Papa Giovanni XXIII n.3	CAP	12022
P. IVA	02788950042		
Indirizzo di PEC (obbligatorio)	01091@pec.federfarma.it		

CHIEDE

l'autorizzazione al trasferimento dei locali della farmacia suddetta nella nuova sede:

al seguente indirizzo Piazza Savoia n.14/A

a partire dal 16/03/2023

A tale fine, allega la seguente documentazione:

- Perizia tecnica (redatta esclusivamente da tecnico abilitato regolarmente iscritto al proprio albo professionale, ad es. Ingegneri, Geometri, Periti edili,) atta a comprovare che i locali scelti sono:
 - ubicati nell' ambito della zona farmaceutica prevista dalla pianta organica vigente (non necessario se sede unica);
 - distanti non meno di 200 m dalla più vicina farmacia da soglia a soglia per la via pedonale più breve ai sensi dell' art. 1 Legge 362/1991 (nel caso di criterio topografico distanti 3000 m dalle farmacie esistenti anche se ubicate in comuni diversi ai sensi dell'art. 104 comma 1, T.U.L.S. n. 1265/1934, come sostituito dall'art. 2, Legge n. 362/1991);
 - 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;
- 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;
- Segnalazione Certificata di Agibilità (SCA);
- Marca da bollo di € 16,00 per il rilascio della copia autentica della Determinazione dirigenziale di autorizzazione all'apertura e al riconoscimento della titolarità;
- Fotocopia di carta d' identità del sottoscrittore.

Data 30/01/2023

Firma



Autorizzo l'ASL CN1 al trattamento dei miei dati personali/dei dati personali dell'interessato (se diverso)

Data 30/01/2023

Firma

