

SANITA' - FARMACIE E DEPOSITI MEDICINALI PER USO UMANO
RICHIESTA DI VISITA PREVENTIVA

Alla SOS Vigilanza Area (barrare) FIRENZE EMPOLI PISTOIA PRATO

Inviare via PEC a farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ in qualità di

Titolare **Legale rappresentante** **Direttore Tecnico** della/del

Farmacia **Grossista medicinali art 100 DLgs 219/06** _____

Depositario di AIC (art 108 100 DLgs 219/06) per conto delle seguenti Aziende Farmaceutiche

Ragione Sociale titolare della Farmacia (F) o del Grossista (G) o Depositario (D)

Denominazione della Farmacia/Grossista/ Deposito _____

cod univoco min. (depositi) _____ codice regionale (farmacie) _____

Immobile sito in _____

Via/P.za _____ n. _____

Avendo ottenuto Parere igienico sanitario ASL con esito positivo n. _____ del _____
 rilasciata da _____, il parere dell'UO Farmaceutica Terr di zona ed essendo in possesso
 dei requisiti di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro

Ai fini dell'autorizzazione SUAP o avendo ricevuto AUT SUAP _____ n. _____ del _____

per una delle seguenti motivazioni

Apertura Nuova sede (F/G/D) Trasferimento titolarità (F) Trasferimento locali (F)

Ampliamento locali (F/G/D) Riduzione locali (F/G/D) Modifica locali o delle destinazioni
 d'uso locali (F/G/D)

Modifica territorio geografico in cui ha dichiarato di essere in grado di operare (G/D)

Modifica Direttore tecnico (G/D) Altro (specificare) _____

Avendo approntato i locali e attrezzature (solo per 1° isp G/D) oppure i locali e attrezzature e le
 scorte (tutti altri casi), conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente e descritto nella
 documentazione a corredo dell'istanza di autorizzazione, ed ottemperato anche ad eventuali prescrizioni
 contenute nei pareri ASL ovvero autorizzazione nell' AUT SUAP, con la presente **CHIEDE** la visita preventiva
 e come concordato confermo la data del (gg/mm/aa) _____/_____/_____
 recapiti, per comunicazioni urgenti, sono:

Direttore Sig/dott. _____ Cellulare _____

Li, _____ data

Firma leggibile