

Spett. le
ATS Brescia
SC Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi, 15
25124 Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

FARMACIA _____
COMUNE DI _____ **COD. BSO** _____

Oggetto: Comunicazione di inizio lavori di ristrutturazione/variazione d'uso locali farmacia.

Il/la sottoscritto/a _____
C.F. _____ in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della
FARMACIA sede n° _____ del Comune di _____
DENOMINATA _____ sita in via
_____ n° _____ Cod. Reg. _____

COMUNICA

l'avvio dei lavori di:

- RISTRUTTURAZIONE
- VARIAZIONE DESTINAZIONE D'USO

(specificare brevemente il tipo di intervento)

.....
.....
.....

dei locali della farmacia sopraindicata, a tal fine allega la seguente documentazione:

1. Planimetria dei locali in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti, le destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l'accessibilità ai portatori di handicap, completa di cartiglio riportante la denominazione della farmacia, la data di redazione, il timbro e la firma del tecnico abilitato, nonché quella del Titolare/Legale Rappresentante;
2. Dichiarazione a firma del Titolare/Legale Rappresentante del numero di addetti contemporaneamente presenti in farmacia durante l'attività lavorativa.

Si impegna inoltre, al termine dell'intervento, a trasmettere alla SC Farmaceutico la comunicazione fine lavori (*modello 1*).

_____, _____
(luogo) (data)

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

RELAZIONE TECNICA ASSEVERATA
(articoli 47, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto

Cognome e nome _____

C.F. _____ nato a _____ (____)

il _____ iscritto al collegio/ordine _____

della provincia di _____ al n. _____

con studio in _____ via _____

telefono _____ pec _____

professionista incaricato dal Legale Rappresentante della Farmacia _____

sita nel comune di _____ in via _____,

oggetto dell'intervento,

in qualità di persona esercente un servizio di pubblica necessità ai sensi degli artt. 359 e 481 del Codice penale,

esperiti i necessari accertamenti di carattere urbanistico, edilizio, igienico ed a seguito di sopralluogo nel locale,

consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti,

ASSEVERA

che i locali della farmacia oggetto dell'intervento, siti nel Comune di _____

CAP _____ Prov. _____ Indirizzo _____

censiti al catasto:

Sezione _____ Foglio _____ Particella _____ sub _____

- sono rispondenti all' elaborato planimetrico datato _____ e allegato alla presente;
- sono rispondenti ai requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia;
- sono rispondenti alle norme nazionali, regionali e locali in materia di igiene e salute applicabili (*specificare quali*) _____;
- sono conformi alla normativa vigente in materia di accessibilità e superamento delle barriere architettoniche per i locali pubblici e aperti al pubblico;
- sono rispondenti ai "Requisiti dei luoghi di lavoro" di cui all'allegato IV del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- sono rispondenti alla normativa in materia di conformità impiantistica ed in possesso delle seguenti dichiarazioni di conformità (o dichiarazioni di rispondenza) e del collaudo, ove richiesto:

Tipologia di impianto	Dichiarazione di conformità	Dichiarazione di rispondenza	Collaudo
Elettrico	del ___/___/_____		
Riscaldamento e/o climatizzazione	del ___/___/_____		
Idrico sanitario	del ___/___/_____		
Ascensori e montacarichi	del ___/___/_____		

- sono in possesso:

<input type="checkbox"/>	Certificato di agibilità	Prot. n.	data
<input type="checkbox"/>	Richiesta di certificato di agibilità su cui è maturato il silenzio-assenso	Prot. n.	data
<input type="checkbox"/>	Segnalazione certificata di agibilità	Prot. n.	data
<input type="checkbox"/>	Non è in possesso dell'agibilità ma di attestazione asseverata di agibilità	Prot. n.	data

Luogo _____

Data _____

Firma _____

Timbro _____

- Allegati:** 1) elaborato planimetrico
2) fotocopia documento identità

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;
- responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

(luogo)

(data)

Firma del dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.