

Al Responsabile
della SS Area Farmaceutica Territoriale dell'AAS n. 2
Via Vittorio Veneto 173
34170 GORIZIA
aas2.protgen@certsanita.fvg.it

Oggetto: COMUNICAZIONE **INIZIO LAVORI** DI AMPLIAMENTO/RISTRUTTURAZIONE/VARIAZIONE
DESTINAZIONE D'USO LOCALI FARMACIA.

Il sottoscritto _____ Titolare/Legale Rappresentante della
Farmacia _____ COD. REGIONALE n. _____
ubicata in via _____ a _____

COMUNICA

l'avvio dei lavori di:

- ampliamento
- ristrutturazione
- variazione destinazione d'uso

(specificare brevemente il tipo di intervento)

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

dei locali della farmacia sopraindicata, che i lavori verranno eseguiti saranno eseguiti:

- a battenti aperti
- a chiusi

a tal fine allega la seguente documentazione:

1. Planimetria/e dei locali datata e firmata da tecnico abilitato in scala 1:100 (stato attuale e di progetto), con indicati i rapporti aereo-illuminanti e le destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e il layout interno della farmacia;
2. Dichiarazione a firma del titolare/legale rappresentante della farmacia attestante l'adozione di adeguate misure di sicurezza e di igiene in caso in cui i lavori siano svolti a battenti aperti.

Si impegna inoltre, al fine di consentire a codesto servizio l'espletamento dell'istruttoria necessaria al rilascio dell'autorizzazione a seguito di ampliamento/ristrutturazione/variazione destinazione d'uso locali farmacia, a fornire ulteriori documentazioni aggiuntive se richieste ed a trasmettere la comunicazione di fine lavori alla quale saranno allegate le certificazioni di conformità degli impianti e la richiesta di agibilità presentata al comune, se variate.

.....
(luogo) (data)

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

.....

(firma)

Al Responsabile
della SS Area Farmaceutica Territoriale dell'AAS n. 2
Via Vittorio Veneto 173
34170 GORIZIA
aas2.protgen@certsanita.fvg.it

Oggetto: COMUNICAZIONE **FINE LAVORI** DI AMPLIAMENTO/RISTRUTTURAZIONE/VARIAZIONE
DESTINAZIONE D'USO LOCALI FARMACIA.

Il sottoscritto _____ Titolare/Legale Rappresentante della
Farmacia _____ COD. REGIONALE n. _____
ubicata in via _____ a _____

COMUNICA

la fine dei lavori di ampliamento/ristrutturazione dei locali della sopraindicata farmacia e la
disponibilità dei locali per il sopralluogo di verifica a decorrere dal

Allega la seguente documentazione relativa ai locali, se variate, rispetto alla documentazione
presentata in data.....congiuntamente alla comunicazione di inizio lavori:

- Planimetria definitiva dei locali datata e firmata da tecnico abilitato in scala 1:100 con
indicati i rapporti aereo-illuminanti e le destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni, le vie
di fuga e il layout interno della farmacia;
- Certificato di conformità dell'impianto elettrico rilasciato da tecnico abilitato;
- Certificato di conformità dell'impianto idro sanitario rilasciato da tecnico abilitato;
- Certificato di conformità dell'impianto di condizionamento rilasciato da tecnico abilitato;
- Dichiarazione di agibilità o richiesta inoltrata al Comune;
- altro.....
.....
.....
.....

.....
(luogo) (data)

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

.....
(firma)