

All'Azienda USL Toscana centro
DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE
UF VIGILANZA E CONTROLLO EROGAZIONE PRESTAZIONI SANITARIE
STRUTTURE SANITARIE E SOCIALI
prevenzione.firenze.uslcentro@postacert.toscana.it

e p.c. DIPARTIMENTO DEL FARMACO
VIGILANZA SULLE FARMACIE
farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it

AMBITO TERRITORIALE: [] FIRENZE [] EMPOLI [] PISTOIA [] PRATO

(Barrare la casella relativa all'ambito territoriale in cui ha sede la farmacia)

**COMUNICAZIONE
SUCCESSIVA
ALL'AVVIO
DELL'ATTIVITÀ
PER LA MODIFICA
DELLA
STRUMENTAZIONE
PER AUTOANALISI
DI 1° LIVELLO**

(Titolo VII LR 16/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
direttore della farmacia:

1) _____
Denominazione

2) _____
(Ragione sociale completa)

P. IVA _____ sita nel comune di _____

in via/p.zza _____ n. _____

cod. reg. _____

comunica

il cambio della strumentazione utilizzata per il servizio di AUTOANALISI di 1° livello, prevista dal titolo VII della LR 16/2000

A tal fine:

1) **DICHIARA** di essere in possesso del parere igienico sanitario del (data) _____
rilasciato da (struttura emittente) _____

2) **DICHIARA** che dopo tale autorizzazione non sono intercorse modifiche strutturali ed organizzative nella postazione

3) **COMUNICA** nome e tipologia del/dei seguente/i apparecchio/i:

1. MARCA _____ MODELLO _____ MATRICOLA _____

2. MARCA _____ MODELLO _____ MATRICOLA _____

3. MARCA _____ MODELLO _____ MATRICOLA _____

4) **ALLEGA** la documentazione dell'apparecchio, la documentazione dell'avvenuto collaudo, e dichiara che l'apparecchio è conforme alle norme vigenti (CE)

5) **SI IMPEGNA** a rispettare quanto previsto dal Titolo VII LR 16/2000 ed in particolare, ad eseguire le verifiche ed i controlli di legge sulle apparecchiature e smaltire correttamente i rifiuti.

Data _____

Il direttore _____
Firma



La relazione tecnica annuale con numero e tipologia degli autotest effettuati deve essere trasmessa alle strutture ad agli indirizzi PEC sopra riportabile modalità di pagamento.