

All'Azienda USL Toscana centro
Dipartimento della Prevenzione
UFSD VCEPSSS Vigilanza e Controllo Erogazione
Prestazioni Strutture Sanitarie e Sociali
prevenzionefirenze.uslcentro@postacert.toscana.it

e p.c. Dipartimento del Farmaco
SOC FARMACIA TERRITORIALE
farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it

AMBITO TERRITORIALE EMPOLI FIRENZE PISTOIA PRATO
Barrare la casella relativa all'ambito territoriale in cui ha sede la farmacia

Il/la sottoscritto/a _____ titolare della farmacia
denominata _____
ragione sociale completa _____
sita nel comune di _____ in via/p.zza _____ n. _____
P. IVA _____ cod. reg. _____

COMUNICA

che intende dotarsi di un apparecchio di autodiagnostica rapida di cui all'art. 48 (Capo VII L.R.16/2000).
Tale comunicazione deve essere trasmessa ogni qual volta ci si doti di un apparecchio come sopra definito e almeno 60 giorni prima dell'inizio dell'utilizzo.
L'azienda ASL entro 60 giorni dalla ricezione della presente comunicazione (art. 49 comma 1 L.R.16/00) trasmessa tramite PEC effettua un sopralluogo svolto ad accertare il rispetto delle prescrizioni previste dagli artt. 50 Caratteristiche dei locali e 51 Caratteristiche delle apparecchiature della stessa L.R., prima dei quali l'attività non potrà essere iniziata.
Per tale prestazione è previsto un pagamento che deve essere effettuato sempre prima dell'erogazione della prestazione ai sensi della deliberazione DGRT 505 del 02/05/2022. Vedi Allegato A) MODULO DI PAGAMENTO per le modalità di pagamento.

A TAL FINE ALLEGA

- la planimetria con indicazione della zona di utilizzo della farmacia dove propone di effettuare tale attività, scala 1:100;
- modulo di pagamento (Allegato A)

Comunica nome e tipologia dell'apparecchio/i:

1. _____
MARCA _____ MODELLO _____ MATRICOLA _____
2. _____
MARCA _____ MODELLO _____ MATRICOLA _____
3. _____
MARCA _____ MODELLO _____ MATRICOLA _____

SI IMPEGNA A:

- al momento del sopralluogo l'apparecchio/i dovranno essere presente/i sul posto insieme a tutta la relativa documentazione (manuale d'uso e manutenzione in lingua italiana e attestazione di conformità).
- rispettare quanto previsto dal Capo VII L.R.16/2000 ed eseguire i collaudi e i controlli di legge sulle apparecchiature medesime e smaltire correttamente i rifiuti;
- si impegna ad inviare la relazione tecnica annuale con numero e tipologia degli autotest effettuati all'indirizzo PEC farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it

Data _____

Il titolare della farmacia _____
Firma

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscanacentro>
o scansionando il QR code a margine.

