



Giunta Regionale della Campania
D.G. 04 Direzione Generale per la Tutela della Salute e
il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
U.O.D. 06 Politica del Farmaco e Dispositivi

al Sindaco del **Comune di Nocera Superiore (SA)**
protocollo@comune.nocera-superiore.sa.it

all'**A.S.L. di Salerno**
farmaceutica@pec.aslsalerno.it
farmaceutica@aslsalerno.it
protocollogenerale@pec.aslsalerno.it

e, p.c. alla **dott.ssa Caputo Leonilda**
12247@pec.federfarma.it

Oggetto: Comune di Nocera Superiore (SA) – sede farmaceutica n. 2 in titolarità alla dott.ssa Caputo Leonilda – trasferimento temporaneo locali – pubblicazione Albo Pretorio – Attestato art. 1 comma 4 L. n. 475/68, art. 13 d.P.R. n. 1275/71 e art. 1 L. n. 362/91.

In data 10.09.2024 è stata acquisita dalla scrivente Amministrazione al prot. n. 0421527, istanza presentata dalla dott.ssa Caputo Leonilda, in qualità di titolare della sede farmaceutica n. 2 del Comune di Nocera Superiore (SA), con la quale chiede l'autorizzazione al trasferimento temporaneo dagli attuali locali della farmacia siti in via Vincenzo Russo n. 7 ai locali siti in via Vincenzo Russo snc (area prospiciente alla farmacia).

Nel trasmettere copia conforme, si chiede al Sindaco ed all'Asl di Salerno che la stessa venga pubblicata al rispettivo Albo Pretorio ai sensi dell'art. 1 della legge n. 362/1991 per n. 15 giorni consecutivi.

Si chiede altresì al Sindaco del Comune di Nocera Superiore (SA) di attestare, ai sensi del quarto comma dell'art. 1, L. n. 475/1968, dell'art. 13 del d.P.R. n. 1275/1971 ed art. 1 della L. n. 362/1991, che i locali temporanei in cui la farmacia intende trasferirsi:

1. siano situati all'interno dell'ambito territoriale della propria sede farmaceutica;
2. distino almeno duecento metri dalle farmacie più vicine (la distanza è da intendersi misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia delle farmacie);
3. soddisfino le esigenze degli abitanti della zona.

Si richiede infine la trasmissione della relata di avvenuta pubblicazione dell'istanza, utile e necessaria per il rilascio del provvedimento di autorizzazione.

L'Istruttore
Dott.ssa. Valeria Romano
tel. 081-7969200

Il Dirigente
Dott. Ugo Trama

MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO DI SEDE OPERATIVA

Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute e
il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
Politica del Farmaco e Dispositivi
Centro Direzionale Napoli
Isola C/3
80143 NAPOLI
dg04.farmaceutica@pec.regione.campania.it

La sottoscritta CAPUTO LEONILDA nata a NOCERA SUPERIORE (prov.) SA il 03/07/1948 in qualità di legale rappresentante/titolare della ditta/società FARMACIA CARLO CAPUTO DELLA DOTT. CAPUTO LEONILDA con sede legale in NOCERA SUPERIORE alla via VINCENZO RUSSO n. 7 P.I. 00276890654 PEC 12247@pec2.feederfarma.it TEL 091931069 E-MAIL amministrazione@farmaciacaputo.eu in possesso di autorizzazione alla distribuzione di medicinale per uso umano in qualità di FARMACIA con Decreto Dirigenziale nr. 144 del 04-11-2009

COMUNICA

Il trasferimento temporaneo della sede operativa della farmacia da via Vincenzo Russo, 7 a via Vincenzo Russo, snc trattandosi di area prospiciente l'attuale sede.

Si precisa che trattasi di trasferimento temporaneo in container predisposti nell'area prospiciente l'attuale sede della Farmacia necessario per l'ammodernamento dell'attuale sede operativa. I lavori saranno organizzati in maniera compartimentale nei vari locali in modo da garantire la conservazione dei farmaci in dotazione e la sola attività commerciale sarà trasferita presso locali mobili attigui antistanti la Farmacia C. Caputo già in possesso delle dovute autorizzazioni.

Si allega la seguente documentazione:

- Estremi/Copia dell'ultimo decreto di autorizzazione in possesso;
- Indicazione dei nuovi locali destinati al commercio, precisando l'indirizzo, nr. civico, nr. telefono, E-MAIL, PEC;
- Fotocopia del documento di identità della **Persona Responsabile** e del **Legale Rappresentante** della ditta/società;
- Relazione tecnica descrittiva;
- Planimetria dei locali in cui viene svolta l'attività (in formato A4);
- Certificato di iscrizione alla Camera di Commercio (C.C.I.A.A.);
- Indicazione della Persona Responsabile (generalità complete);
- Indicazione del territorio geografico in cui si intende operare;
- Indicazione del tipo di attività e/o del tipo di medicinale oggetto della richiesta;

A tal fine consapevole di quanto stabilito dagli artt. 76 e 75 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 in merito alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

a) di disporre di locali, di installazioni e di attrezzature idonei, sufficienti a garantire una buona conservazione e una buona distribuzione dei medicinali;

b) di disporre di adeguato personale nonché di una persona responsabile, in possesso del diploma di laurea in farmacia o in chimica o in chimica e tecnologia farmaceutiche o in chimica industriale, che non abbia riportato condanne penali per reati contro il patrimonio o comunque connessi al commercio di medicinali non conforme alle disposizioni del D.Lgs.219/2006 e successive modifiche, né condanne penali definitive di almeno due anni per delitti non colposi;

c) di impegnarsi a rispettare gli obblighi cui è soggetto a norma degli art. 104 e 105 del D.Lgs. 219/2006, siccome successivamente modificato dalla L. 248/2006;

d) di non aver procedimenti penali in corso e/o riportato condanne penali;

Data 09/09/2024

Firma

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'F' followed by several cursive letters, likely representing the name of the signatory.