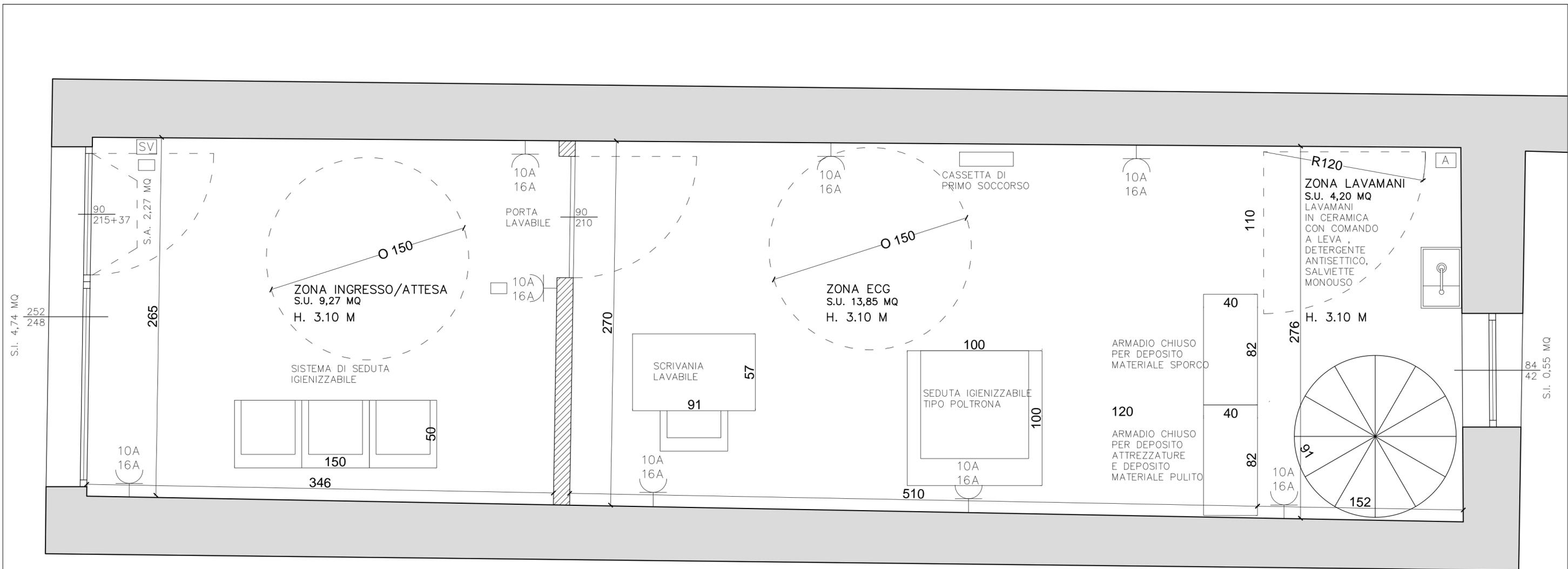


LOCALE ATTIVITA' SANITARIE



IL LOCALE DISTACCATO E' DOTATO DI AERO-ILLUMINAZIONE NATURALE (FINESTRE E PORTE VETRATE) CON SUPERFICIE ILLUMINANTE NON INFERIORE A $\frac{1}{8}$, IN PARTICOLARE LA SUPERFICIE ESISTENTE ILLUMINANTE E' DI 5,29 MQ, E SUPERFICIE DI VENTILAZIONE NON INFERIORE A $\frac{1}{10}$ DELLA SUPERFICIE CALPESTABILE PARI A 27,31 MQ, SI PRECISA CHE LA SUPERFICIE DI VENTILAZIONE E' OTTENUTA CON L'INTEGRAZIONE DELLA VENTILAZIONE MECCANICA IN PROSSIMITA' DEL LAVAMANI E CHE E' GARANTITA ALMENO IL 50% DI VENTILAZIONE NATURALE DALLA PORTA VETRATA D'INGRESSO E DALLA SOPRSTANTE FINESTRA CON APERTURA A VASISTAS;IL LOCALE DISTACCATO SARA' OPPORTUNAMENTE ARIEGGIATO IN MODO TALE DA GARANTIRE UN COSTANTE RICAMBIO IN RAGIONE DEL NUMERO DI PERSONE PRESENTIE DEL TEMPO DI PERMANENZA DEGLI OCCUPANTI.

IL TEMPO DI PERMANENZA DEGLI UTENTI E' INFERIORE A 40 MINUTI PER CUI NON E' NECESSARIO IL SERVIZIO IGIENICO.

E' GARANTITA L'ACCESSIBILITA' A TUTTI GLI UTENTI IN RIFERIMENTO ALLA NORMATIVA VIGENTE SULL'ABBATTIMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE, IL LOCALE DISTACCATO HA ACCESSO E PERCORSI FRUIBILI A PAZIENTI IN CARROZZINA O CHE UTILIZZANO DEAMBULATORI O ALTRI AUSILI ALLA DEAMBULAZIONE (L. 13-89).

LA SUPERFICIE CALPESTABILE E' RIVESTITA CON PAVIMENTO LAVABILE E LA SUPERFICIE DELLE PARETI INTERNE E' LAVABILE FINO ALL'ALTEZZA DI 2,00 M.

COMMITTENTE DOTT.SSA MAGGIORELLI	UBICAZIONE COMUNE DI PARMA STRADA REPUBBLICA 70 : PIANO TERRA	LEGENDA MURARIO  MURATURA PORTANTE CON SUPERFICIE INTERNA LAVABILE FINO A 2 M  NUOVA PARETE POSATA A PAVIMENTO FINITO CON STRUTTURA METALLICA RIVESTITA CON LASTRE DI CARTONGESSO LAVABILE FINO A 2 M E CON SPAZIO LIBERO FINO AL SOFFITTO DI ALMENO 0,50 M	LEGENDA IMPIANTO ELETTRICO  SALVAVITA  ACCENSIONE  VENTILAZIONE MECCANICA  10A 16A PRESA ELETTRICA 10A/16A	UNICA SCALA 1:20
TECNICO PROGETTISTA ARCH. LAVINIA DONATI	TITOLO LOCALE DISTACCATO A SERVIZIO DELLA FARMACIA PIANTE CON QUOTE, ARREDI ED INDICAZIONE IMPIANTO ELETTRICO			

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO	<i>Imposta di bollo assolta in modalità virtuale</i>
A: SUAP Parma Comune di PARMA	

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	Pratica MGGMCR55D58G337Z-202502201836-3455631 per SUAP di Parma di FARMACIA ALLEGRI DI MAGGIORELLI MARIA CRISTINA E MAZZOCCHICAROLIN A S.N.C. [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI della farmacia]

il/la sottoscritto/a(*)	MAGGIORELLI MARIA CRISTINA		
Nato a(*)	PARMA (Prov: PR)		
il(*)		cod.Fiscale(*)	
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)	PARMA (Prov: PR)	CAP(*)	43121
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	STRADA DELLA REPUBBLICA 70/B		
tel.(*)	0521230162	fax	
località/frazione		cellulare	
PEC (*)	06500@PEC.FEDERFARMA.IT		
domicilio elettronico	FARMACIA.ALLEGRI@GMAIL.COM		

In qualità di: **Legale rappresentante di società/Titolare di impresa individuale**

a titolo di (*)	LEGALE RAPPRESENTANTE
Specificare:	
Carica legale rappresentante	LEGALE RAPPRESENTANTE DI SOCIETA'
denominazione/ragione sociale (*)	FARMACIA ALLEGRI DI MAGGIORELLI MARIA CRISTINA E MAZZOCCHICAROLIN A S.N.C.
CF / P. IVA (REA)	02816350348
Forma giuridica	SOCIETA' IN NOME COLLETTIVO

Con sede in (*)	PARMA	CAP. (*)	43121
Codice catastale comune	G337	ISTAT Comune	034027
Provincia	PARMA (PR)	ISTAT Provincia	034
Indirizzo (*)	STRADA DELLA REPUBBLICA 70/B		
telefono	0521230162	fax	
eMail			

Iscrizione al Registro imprese di	PR	num.	269246
Codice ATECO dell'attività oggetto della presente istanza			
cod.Fiscale o Identificativo Straniero (*)	02816350348	P.IVA.	02816350348

OGGETTO

Pratica MGGMCR55D58G337Z-202502201836-3455631 per SUAP di Parma di FARMACIA ALLEGRI DI MAGGIORELLI MARIA CRISTINA E MAZZOCCHICAROLIN A S.N.C. [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI della farmacia]

Scelte effettuate per la compilazione

INTERVENTI:

- Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI della farmacia

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. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

D I C H I A R A

AI: PARMA

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI FARMACIA - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI DELLA FARMACIA

che l'attuale sede dell'attività è sita in:

dichiara che l'immobile/gli immobili /unità immobiliare/i è:

sito in:

Comune	PARMA
interno	
(via, piazza, ecc.)	STRADA DELLA REPUBBLICA
cap	43121
n°	70/B
Frazione	

di chiedere l'autorizzazione all'utilizzo di locali distaccati:

dichiarando che i locali distaccati:

sono ubicati all'interno della sede farmaceutica di competenza oppure,	<input checked="" type="checkbox"/>
solo nel caso in cui i locali siano utilizzati esclusivamente per attività per le quali non è consentito l'accesso al pubblico, sono al di fuori della sede farmaceutica di pertinenza ma entro i confini del comune in cui è ubicata la farmacia	<input type="checkbox"/>

di:

impegnarsi a produrre la documentazione attestante l'agibilità e la conformità edilizia dei locali nel momento in cui verrà fatta l'ispezione	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

di svolgere nei locali distaccati le seguenti attività* (è possibile selezionare più di una opzione):

magazzino (accesso al pubblico non consentito);	<input type="checkbox"/>
laboratorio galenico (accesso al pubblico non consentito);	<input type="checkbox"/>
attività sanitarie diverse dalla dispensazione di medicinali indicate attraverso la compilazione del form che sarà disponibile dal 26 marzo	<input checked="" type="checkbox"/>

- nel rispetto della normativa vigente e delle disposizioni contenute nelle LINEE GUIDA PER L'UTILIZZO DI LOCALI DISTACCATI DA PARTE DELLE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA approvate con delibera di Giunta regionale n. 446/2023 e dei REQUISITI GENERALI, PROCEDURALI, ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI, IGIENICO SANITARI E TECNOLOGICI CHE LA FARMACIA DEVE POSSEDERE AI FINI DELL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE DIVERSE DALLA DISPENSAZIONE DI MEDICINALI previsti dalla delibera di Giunta 247/2024;

- di impegnarmi, inoltre, a comunicare eventuali variazioni rispetto alle attività svolte entro il mese di dicembre di ogni anno, utilizzando il MODULO DI «COMUNICAZIONE DI ATTIVITÀ SANITARIE SVOLTE IN FARMACIA»

ai sensi dell'art. 3 del DM 10 novembre 2011, che disciplina le modalità di pagamento dell'imposta di bollo (ex DPR 642/1972) sulle domande online ai SUAP:

di aver assolto all'imposta di bollo per l'importo di 16 euro	<input checked="" type="checkbox"/>
mediante contrassegno adesivo (marca da bollo)	<input checked="" type="checkbox"/>
numero:	01230481374390
emesso in data	20-02-2025
mediante F24	<input type="checkbox"/>
mediante pagamento online con PagoPA (Solo per le pratiche dei VVF: https://pagopa.vigilfuoco.it/)	<input type="checkbox"/>
mediante pagamento online dell' IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA IN MODO VIRTUALE (Art.15 D.P.R. del 26 ottobre 1972 n. 642)	<input type="checkbox"/>

E INOLTRE DICHIARA:

di essere consapevole che è nella piena, esclusiva e diretta responsabilità del richiedente l'obbligo di utilizzare una marca da bollo per ogni singola istanza, e pertanto non è possibile comunicare gli stessi estremi di una marca da bollo per istanze diverse, ovvero utilizzare più volte gli stessi dati identificativi della marca da bollo per istanze diverse

di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo e di impegnarsi a conservarne l'originale contestualmente alla predetta istanza a cui esclusivamente afferisce per eventuali controlli da parte dell'amministrazione

di essere ESENTE dall'imposta di bollo in quanto:	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

di aver assolto all'imposta di bollo per l'importo di 16 euro da apporre sull'atto di autorizzazione	<input checked="" type="checkbox"/>
mediante contrassegno adesivo (marca da bollo)	<input checked="" type="checkbox"/>
numero:	01230481374139
emesso in data	20-02-2025
mediante F24	<input type="checkbox"/>
mediante pagamento online con PagoPA	<input type="checkbox"/>
mediante pagamento online dell' IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA IN MODO VIRTUALE (Art.15 D.P.R. del 26 ottobre 1972 n. 642)	<input type="checkbox"/>

E INOLTRE DICHIARA:

di essere consapevole che è nella piena, esclusiva e diretta responsabilità del richiedente l'obbligo di utilizzare una marca da bollo per ogni singola istanza, e pertanto non è possibile comunicare gli stessi estremi di una marca da bollo per istanze diverse, ovvero utilizzare più volte gli stessi dati identificativi della marca da bollo per istanze diverse

di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo e di impegnarsi a conservarne l'originale contestualmente alla predetta istanza a cui esclusivamente afferisce per eventuali controlli da parte dell'amministrazione

di essere ESENTE dall'imposta di bollo in quanto:	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

che per maggior chiarezza, si precisa:

NON è necessaria nessuna nota aggiuntiva	<input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------------------

per maggior chiarezza, preciso che:	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

CONDIZIONI

Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Si allega la seguente documentazione:

<p>Planimetria dei locali con layout degli arredi e delle attrezzature e indicazione della specifica attività svolta in ogni locale o box oppure, nel caso siano svolte più attività nel medesimo locale o box, indicare "locale attività sanitarie". - <u>Locale_attivita_sanitarie_Allegri.pdf</u> (OK documento allegato).</p>
--

<p>PDF risultante dall'avvenuta compilazione del form sopra indicato, ove sono indicate LE ATTIVITA' SANITARIE DIVERSE DALLA DISPENSAZIONE DEI FARMACI svolte e il possesso dei relativi requisiti - <u>Attivita_sanitarie_diverse_dalla_dispensazione_dei_farmaci_Allegri_febbraio_2025.pdf</u> (OK documento allegato).</p>
--

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016)

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, le informazioni sono reperibili al seguente link:

<https://auwordpress.lepida.it/informativa-privacy/>

Data presentazione: 20-02-2025 21:00



Comune di Parma

SETTORE ATTIVITA' PRODUTTIVE E EDILIZIA

S.O. SPORTELLO UNICO PER LE ATTIVITA' PRODUTTIVE E L'EDILIZIA

RICEVUTA DI PROTOCOLLAZIONE pratica n. 1219/2025

Oggetto pratica: Descrizione sintetica dell'intervento: Pratica MGGMCR55D58G337Z-202502201836-3455631 per SUAP di Parma di FARMACIA ALLEGRI DI MAGGIORELLI MARIA CRISTINA E MAZZOCCHICAROLIN A S.N.C. [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI della farmacia]

Localizzazione: STRADA DELLA REPUBBLICA n. 70/B

ISTANZA / SCIA / COMUNICAZIONE

Si comunica che la pratica n. 1219/2025 relativa alla richiesta di Descrizione sintetica dell'intervento: Pratica MGGMCR55D58G337Z-202502201836-3455631 per SUAP di Parma di FARMACIA ALLEGRI DI MAGGIORELLI MARIA CRISTINA E MAZZOCCHICAROLIN A S.N.C. [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI della farmacia] per l'attività localizzata in Parma, STRADA DELLA REPUBBLICA n. 70/B e' stata presentata al Comune di Parma in data 20/02/2025 e regolarmente acquisita a protocollo con i seguenti identificativi:

pratica SUAP n. 1219/2025 - prot. PG 0041335 del 21/02/2025

Tempi del procedimento ai sensi del D.Lgs 126/2016:

- SCIA: il termine finale previsto per le verifiche e controlli è di 60 giorni a far tempo dal ricevimento della SCIA fatta salva l'interruzione del predetto termine, nel caso d'invito alla conformazione dell'attività ai sensi dell'art. 19 comma 3 legge 241/1990 e ss.mm.

- ISTANZA: il termine di conclusione per ciascun procedimento è stabilito dalla normativa vigente di settore e dall'esito conclusivo dell'eventuale conferenza dei servizi fatta salva l'eventuale sospensione o interruzione dei termini nei casi previsti negli artt. 2 e 10.bis L. 241/90 e ss.mm.

- COMUNICAZIONE: il termine per l'eventuale verifica è di 30 giorni.

Informativa per la tutela dei dati personali:

I vostri dati sono conservati e trattati nel rispetto del Regolamento Europeo n. 679/2016



Comune di Parma

SETTORE ATTIVITA' PRODUTTIVE E EDILIZIA

S.O. SPORTELLO UNICO PER LE ATTIVITA' PRODUTTIVE E L'EDILIZIA

Per maggiori informazioni:

<https://www.comune.parma.it/it/informazioni-general/privacy-gdpr>

Una copia di questa comunicazione è stata inviata al domicilio elettronico indicato in fase di compilazione della pratica.

Attività sanitarie svolte dalla farmacia diverse dalla dispensazione di medicinali

Le domande contrassegnate con asterisco sono obbligatorie; La compilazione deve possibilmente essere effettuata DAL DIRETTORE della farmacia. Al termine della compilazione generare il Pdf e allegarlo alla "COMUNICAZIONE per l'esercizio dell'attività di farmacia - ATTIVITA' SANITARIE IN FARMACIA" che deve essere presentata su Accesso Unitario. Si raccomanda di utilizzare Chrome per la corretta generazione del pdf. Questo va scaricato al termine della compilazione.

DATI FARMACIA

Selezionare i dati relativi alla farmacia ricercandoli nei punti da 2 a 15 suddivisi per territorio

1. Si tratta di prima compilazione o di aggiornamento dei dati? *

Se trattasi di aggiornamento, questo sostituisce integralmente il precedente

- Prima compilazione
- Aggiornamento dei dati

2. **Selezionare propria farmacia (Piacenza città)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



3. **Selezionare propria farmacia (Piacenza provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



4. **Selezionare propria farmacia (Parma e Provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

102 AUSL PARMA PARMA 34027005 8 FAR...

5. **Selezionare propria farmacia (Reggio Emilia - città)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta

6. **Selezionare propria farmacia (Reggio Emilia - Provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta

7. **Selezionare propria farmacia (Modena - città)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta

8. **Selezionare propria farmacia (Modena provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta

9. **Selezionare propria farmacia (Bologna città)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta 

10. **Selezionare propria farmacia (Bologna provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta 

11. **Selezionare propria farmacia (Imola e circondario)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta 

12. **Selezionare propria farmacia (Ferrara e provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta 

13. **Selezionare propria farmacia (Romagna - Ravenna e provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta 

14. **Selezionare propria farmacia (Romagna Forlì-Cesena e provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



15. **Selezionare propria farmacia (Romagna - Rimini e Provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



16. **Inserire nominativo del compilatore e quello della Farmacia ***

Inserire nome e cognome e ruolo del compilatore (meglio se nella persona del Direttore) e denominazione farmacia

Maria Cristina Maggiorelli

Legale Rappresentante

Farmacia Allegri di Maggiorelli Maria Cristina e Mazzocchi Carolina s.n.c.

17. **Tipologia di prestazione Attività sanitaria ***

Barrare le prestazioni di interesse

- 1. Prestazioni analitiche di prima istanza (di seguito **test autodiagnostici**)
- 2. Test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare (di seguito "**test diagnostici professionali**")
- 3. Prestazioni erogabili con dispositivi strumentali utilizzabili in Farmacia (di seguito "**dispositivi strumentali**")
- 4. Prestazioni professionali di carattere sanitario (di seguito "**prestazioni professionali**")
- 5. Attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e altre prestazioni (di seguito "**FarmaCUP**")
- 6. Test diagnostici che prevedono il prelievamento del campione biologico a livello nasale, salivare e orofaringeo (di seguito "**tamponi**")

7. Vaccinazioni effettuabili in farmacia (di seguito "**vaccinazioni**")
8. **Altre attività sanitarie**
9. **Non applicabile (nessuna attività)**

18. Test autodiagnostici *

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

- Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.
- Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare
- Locale esterno di altra farmacia
- Box minimo 6 mq.
- Farmacia chiusa
- Spazio in deroga
- non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

19. Test diagnostici professionali *

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

- Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.
- Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare
- Locale esterno di altra farmacia
- Box minimo 6 mq.
- Farmacia chiusa
- Spazio in deroga

non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

20. Dispositivi strumentali *

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

- Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.
- Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare
- Locale esterno di altra farmacia
- Box minimo 6 mq.
- Farmacia chiusa
- Spazio in deroga
- non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

21. Prestazioni professionali *

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

- Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.
- Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare
- Locale esterno di altra farmacia
- Box minimo 6 mq.
- Farmacia chiusa
- Spazio in deroga
- non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

22. Tamponi *

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

- Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.
- Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare
- Locale esterno di altra farmacia
- Box minimo 6 mq.
- Farmacia chiusa
- Spazio in deroga
- non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

23. Vaccinazioni *

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

- Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.
- Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare
- Locale esterno di altra farmacia
- Farmacia chiusa
- Spazio in deroga
- non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

24. Altre attività sanitarie *

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

- Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.
- Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare
- Locale esterno di altra farmacia
- Box minimo 6 mq.
- Farmacia chiusa
- Spazio in deroga
- non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

25. Una delle attività indicate prevede la permanenza del cittadino in farmacia per più di 40 minuti? *

- sì
- no

26. Se alla domanda 25, si è risposto "sì", si dispone di un servizio igienico appositamente predisposto dedicato agli utenti?

- sì
- no

Requisiti previsti al punto 3 della DGR 247/2024

compilare i quesiti sottostanti (quesiti a risposta multipla)

27. REQUISITI GENERALI *

Selezionare i casi che ricorrono

- La farmacia espone nei locali della farmacia, in modo chiaro e leggibile, l'indicazione delle tipologie di prestazioni sanitarie disponibili e di professionisti che svolgono le prestazioni.

- La farmacia espone all'esterno della farmacia i corrispettivi richiesti a fronte delle prestazioni stesse.
- Nessuno dei casi sopra indicati

28. REQUISITI PROCEDURALI E ORGANIZZATIVI DI ORDINE GENERALE *

Selezionare i casi che ricorrono

- La farmacia è dotata di un **documento** che descrive i compiti e le responsabilità dei professionisti sanitarie e degli eventuali operatori socio-sanitari a supporto (non affiancamento) di questi ultimi nel rispetto degli specifici profili professionali;
- La farmacia è dotata del **Documento di Valutazione del Rischio** (DVR);
- La farmacia è dotata di **procedure/istruzioni operative** per assicurare la prevenzione e il controllo delle infezioni;
- La farmacia è dotata del **documento "DUVRI" - Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti**
- Nessuno dei casi sopra indicati

29. REQUISITI STRUTTURALI, IGIENICO-SANITARI E PROCEDURALI, DETTAGLIATI IN RELAZIONE ALLE DIVERSE PRESTAZIONI *

Selezionare i casi che ricorrono

- Accesso e percorsi fruibili a pazienti in carrozzina o che utilizzano deambulatori o altri ausili per la deambulazione
- Spazio di attesa adeguatamente arredato, con numero di posti a sedere commisurato alla tipologia e ai volumi di attività.
- Presenza degli elementi descritti al punto: **"Il locale e/o il box devono essere dotati di"**;
- Presenza delle caratteristiche di aero-illuminazione descritte
- Nessuno dei casi sopra indicati

30. CARATTERISTICHE LOCALE VACCINAZIONI *

Dotazione carrello/borsa di emergenza adeguatamente rifornito

Dotazione idonea seduta per il cittadino

Professionista sanitario che esegue la vaccinazione avente attestato di partecipazione al corso BLSD (Basic Life Support with Defibrillation) e a conoscenza del sito ove sia collocato un defibrillatore.

Nessuno dei casi sopra indicati

Privacy e creazione del modello in pdf da allegare all'istanza di Accesso Unitario

31. Dichiaro di avere letto e di approvare l'informativa relativa al trattamento: <http://www.regione.emilia-romagna.it/privacy> *

Opzione obbligatoria, compilazione necessaria

Ho letto ed approvato

32. Una volta effettuata la compilazione, stampare il questionario ed allegarlo all'istanza di Accesso Unitario *

Opzione obbligatoria, compilazione necessaria

Ho preso visione dell'indicazione e mi impegno a stampare il file in pdf e ad allegarlo all'istanza che presento sulla piattaforma Accesso Unitario



Questo contenuto è creato dal proprietario del modulo. I dati inoltrati verranno inviati al proprietario del modulo. Microsoft non è responsabile per la privacy o le procedure di sicurezza dei propri clienti, incluse quelle del

proprietario di questo modulo. Non fornire mai la password.

Microsoft Forms | Indagini, quiz e sondaggi alimentati dall'intelligenza artificiale [Crea un modulo personalizzato](#)

Privacy e cookie | Condizioni per l'utilizzo | [Accessibilità](#)