ATS SARDEGNA

ASSL LANUSEI

SERVIZIO FARMACEUTICO

VERBALE ISPEZIONE LOCALI DESTINATI AD ESERCIZIO DI FARMACIA

La commissione di vigilanza sulle farmacie(art. 18, L.R. 12/84) nei signori:

- Dr. FRANCESCO NOLI Direttore del Servizio Farmaceutico
- Dr. UGO STOCHINO Medico del Servizio di Igiene Pubblica
- Dr. RENATO USAI Farmacista designato dall'OrdineProfessionale
- Sig./ra LUCIA PODDA Funzionario Amm.vo della ASSL

Il giorno 11/05/18 alle ore 9/15 alla presenza del Dottor Giovanni Antonio Murru, titolare della sede farmaceutica del Comune di Cardedu, sita in via Eleonora d'Arborea n. 12,(Decreto RAS 3563/10014 del 25/08/1995), ha proceduto all'ispezione preventiva dei locali siti in via Olbia n. s.n., nell'ambito della stessa sede, dove il dottor Murru chiede di poter trasferire la farmacia .

Esaminata la planimetria dei locali, allegata alla richiesta di trasferimento, si procede al sopralluogo da cui risulta che i locali sono così composti:

1	ZONA VENDITA	2	LABORATORIO
3	UFF. TARIFFAZIONE	4	ZONA STOCCAGGIO
5	SERVIZI	6	CABINA AUTOANALISI

Annotazioni: per l'organizzazione del servizio si fa rifeimento al verbale allegato, costituito da n° 3 pagine

La Commissione esprime parere FAVOREVOLE al trasferimento dell'esercizio della farmacia, di cui è titolare il Dottor Giovanni Antonio Murru, nei locali siti in Cardedu, via Olbia n° s/n

Il Dottor Murru potrà iniziare l'esercizio nei nuovi locali con decorrenza 14-05/18 fermo restando che l'autorizzazione al trasferimento dovrà essere resa ufficiale con atto deliberativo del Direttore dell'ASSL di Lanusei, che sarà notificato all'interessato.

Annotazioni

Il presente verbale è redatto in triplice copia di cui una viene consegnata al Direttore della farmacia

I VERBALIZZANTI

Il farmacista del Serv.Farmaceutico

Il medico del Serv. Igiene Pubblica

Il farmacista designato dall'Ordine Professionale

Il titolare

VERBALE D'ISPEZIONE PREVENTIVA SUI NUOVI LOCALI DELLA FARMACIA MURRU G.A. - CARDEDU -

In data 11/05/18 i sottoscritti:

Dr. FRANCESCO NOLI Farmacista Resp./delegato del S. Farmaceutico Terr. ASL __

Dr. UGO STOCHINO Medico Resp./delegato del S. Igiene e Sanità ASL __ (in caso di intervento congiunto)

Dr. LUCIA PODDA Funzionario Amministrativo ASL __ con funzioni di Segretario

Dr. RENATO USAI Farmacista designato dall'Ordine dei Farmacisti Provincia di __ (se presente)

hanno proceduto, ai sensi dell'art. 111 del T.U.L.L.S. e dell'art.18 della L.R. n.12 del 27.04.1984, all'ispezione presso i nuovi locali della Farmacia Dr MURRU GIOV. ANTONIO

siti in CARDEDU via OLBIA n. SN

di cui Titolare/direttore risulta essere il
Dr./D.ssa Dr MURRU GIOV. ANTONIO
iscritto/a all'Albo professionale della provincia di NUORO dal 14/01/78 al n. 265 di posizione.

Estremi del provvedimento attestante la titolarità e l'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio:
DECRETO RAS N. 3563/10014 del 25.08.1995

Il Titolare è presente alla visita [SI] [NO]

La Commissione ha constatato quanto segue:

La farmacia è composta da n. 6 locali

Destinati a:
1) ZONA VENDITA; 2) LABORATORIO; 3) UFF. TARIFFAZIONE; 4) ZONA SMISTAMENTO; 5) SERVIZI; 6) CABINA AUTOANALISI

Alla farmacia sono annessi locali direttamente comunicanti con la stessa ed adibiti all'uso di ambulatorio medico-chirurgico? SI ☒ NO ☐

Il **locale dispensazione** è igienicamente idoneo? SI ☒ NO ☐

Il **locale magazzino** è igienicamente idoneo? SI ☒ NO ☐

Esiste/e' prevista l'istallazione di frigorifero a temperatura controllata?

SI ☒ NO ☐

Esiste/e' prevista l'istallazione di impianto di condizionamento?

SI ☒ NO ☐

Esiste/e' prevista l'istallazione di sistemi di controllo della temperatura degli ambienti?

SI ☒ NO ☐

☐ Nel corso del sopralluogo si è rilevato che i **locali sono regolari** e tali da offrire sufficienti garanzie di buon funzionamento.

SI ☒ NO ☐

Per quanto attiene **sostanze e apparecchiature obbligatorie**:

☐ Sono state verificate in sede d'ispezione ordinaria del_____

☐ Sono state verificate in data odierna.

☒ Si rimanda alla successiva visita ispettiva ordinaria.

ALLEGATI AL VERBALE

☒ CERTIFICATO DI AGIBILITA'

☒ ALTRO PLANIMETRIA

Il presente verbale viene redatto in triplice esemplare, di cui una copia è rilasciata al Titolare/Direttore e le rimanenti ai Servizi competenti.

Farmacista Resp./delegato del S. Farmaceutico Terr. ASL __ _____

Medico Resp./delegato del S. Igiene e Sanità ASL (in caso di intervento congiunto) _____

Funzionario Amministrativo ASL con funzioni di Segretario _____

Farmacista designato dall'Ordine dei Farmacisti Provincia di __ (se presente) _____

Titolare/Direttore della Farmacia _____