

Ambito Territoriale Ex ASL N. 3 - Lagonegro

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Collettivo della Salute Umana

U.O. *Igiene e Sanità Pubblica*

SERVIZIO DI VIGILANZA SANITARIA
VERBALE DI ISPEZIONE

RAGIONE SOCIALE:

Dispensario
Farmaceutico

RESPONSABILE:

Cognome *Brando*

Nome *Francesco*

nato a *Maratea (PZ)*

il *23.06.1987*

residente a *Maratea*

Via *S. Maria delle Grazie*

Qualifica *Titolare del*

LICENZA *Dispensario Farmaceutico*

rilasciata il */*

da */*

PRESENTI ALL'ISPEZIONE:

Cognome */*

Nome */*

nato a */*

il */*

residente a */*

Via */* N. */*

Qualifica */*

L'anno *2017* addì *15* del mese di *Settembre*

il sottoscritto *dott. Fernando CALABRESE (Dirigente Medico Igienista e S.P.) e dott. Maurizio TORRESI (Tecnico della Prevenzione)*

rapportati che oggi, alle ore *10.45* si sono recati nell'esercizio di

DISPENSARIO FARMACEUTICO

nel Comune di *Maratea (PZ)* Via *Fiumicello*

N. *21*

gestito dalle persone a fianco indicate e, data conoscenza della

qualità e del motivo della visita, ha *uno* accertato quanto appresso: *la relazione alla*

richiesta di rilascio di certificato di idoneità igienico-sanitaria dei locali adibiti all'attività di cui sopra concordata con prot. ASP n° 089756 del 11.08.2017 e pervenuta all'UFF. Igiene e S.P. in data 29.08.2017 in data odierna della prima del sig. BRANDO Francesco si è proceduto a sopralluogo dal quale si è accertato l'idoneità igienico-sanitaria di tali locali da adibire a Dispensario Farmaceutico per quanto di competenza di questo servizio di Igiene e Sanità Pubblica. Si precisa che tale locale esistente e non sottoposto a ristrutturazione (ai sensi lett. d) dell'art. 31 della Legge 457/1978), di dimensione inferiore a 250 m² sarà oggetto assicurato la modalità di visita da Condizionare come prevista dall'art. 5 e/o 5.7 del D.M. 236/89. Sul

posto si è provveduto a ricevere di versamento per sopralluogo di questa ASP. Niente altro da segnalare.

Fatto, letto, confermato e sottoscritto

LA DITTA



I VERBALIZZANTI

Maurizio Torresi