

ASL Cagliari
S.C. Farmaceutica Territoriale

16 APR. 2026

PROTOCOLLO
n. 16/2026/30934



Ill./mo Sig.
DIRETTORE GENERALE
ARES Sardegna – Via Piero della Francesca
Selargius Cagliari

DIRETTORE Azienda Socio Sanitaria Locale
Cagliari

DIRETTORE f.f. S.C. Farmaceutico Territoriale
Dott.ssa Alessandra Cara
Cittadella della Salute
Via dei Valenzani, 4 _ Pad. Q – 1° Piano

OGGETTO: Richiesta autorizzazione al trasferimento della farmacia in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica: da via MONTGOLFIER n°3 a via le ELMAS n° 216 Comune di ELMAS

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.Lgs. N. 196/2003 – PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI -
NEL COMPILARE QUESTO MODELLO DI ISTANZA, COME ANCHE PER LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN ALLEGATO, LE CHIEDEREMO DI FORNIRE DATI PERSONALI CHE SARANNO TRATTATI DALL'AMMINISTRAZIONE NEL RISPETTO DEI VINCOLI E DELLE FINALITÀ PREVISTE DAL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.L.GS 196/2003). IL TRATTAMENTO AVVERRÀ NELL'AMBITO DELLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'AMMINISTRAZIONE E PERTANTO LA VIGENTE NORMATIVA NON RICHIEDE UNA ESPlicita MANIFESTAZIONE DEL SUO CONSENSO. IN OGNI CASO LEI POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI RICONOSCIUTI DALL'ART. 7 DEL DECRETO E LE ALTRE FACOLTÀ CONCESSE DALLA VIGENTE NORMATIVA.

La/Il sottoscritto/a dr./dr.ssa

RICHIEDENTE

Cognome PETROMILLI Nome PADUA

nata/o il 20/12/1969 Comune di nascita FLUMINI MAGGIORE Prov. _____

Stato di nascita ITALIA cittadinanza ITALIANA

Comune di residenza _____ prov. resid. _____ CAP _____

Indirizzo residenza _____ n° _____

tel. _____ cellulare _____

Codice Fiscale _____

nella propria qualità di titolare/direttore /legale rappresentante della farmacia

FARMACIA

denominazione farmacia FARMACIA SORELLE PETROMILLI SRL

comune ELMAS prov. CA

Indirizzo VIA MONTGOLFIER n° 3 cap. 09067

sede n. 3

p. IVA 03792300927

@ farmacia.sorellepetromilli@gmail.com

PEC Posta Elettronica Certificata obbligatoria

ASL Cagliari
S.C. Farmaceutica Territoriale

16 APR. 2026

PROTOCOLLO
n. PG/2026/30934

Ill.mo Sig.
DIRETTORE GENERALE
ARES Sardegna - Via Piero della Francesca
Selargius Cagliari

DIRETTORE Azienda Socio Sanitaria Locale
Cagliari

DIRETTORE f.f. S.C. Farmaceutico Territoriale
Dott.ssa Alessandra Cara
Cittadella della Salute
Via dei Valenzani, 4 - Pad. Q - 1° Piano



OGGETTO: Richiesta autorizzazione al trasferimento della farmacia in altri locali
nell'ambito della propria sede farmaceutica: da via MONTGOLFIER n° 3
a via le ELMAS n° 216 Comune di ELMAS

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.Lgs. N. 196/2003 - PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI -
NEL COMPILARE QUESTO MODELLO DI ISTANZA, COME ANCHE PER LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN ALLEGATO, LE CHIEDEREMO DI
FORNIRE DATI PERSONALI CHE SARANNO TRATTATI DALL'AMMINISTRAZIONE NEL RISPETTO DEI VINCOLI E DELLE FINALITÀ PREVISTE DAL
CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.Lgs 196/2003). IL TRATTAMENTO AVVERRÀ NELL'AMBITO DELLE FINALITÀ
ISTITUZIONALI DELL'AMMINISTRAZIONE E PERTANTO LA VIGENTE NORMATIVA NON RICHIEDE UNA ESPLICITA MANIFESTAZIONE DEL SUO
CONSENSO. IN OGNI CASO LEI POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI RICONOSCIUTI DALL'ART. 7 DEL DECRETO E LE ALTRE FACOLTÀ CONCESSE
DALLA VIGENTE NORMATIVA

La/Il sottoscritto/a dr./dr.ssa

RICHIEDENTE

Cognome PETROMILLI Nome ALESSANDRA
nata/o il 09/08/1968 Comune di nascita CAGUARI Prov. CA
Stato di nascita ITALIA cittadinanza ITALIANA
Comune di residenza _____ prov. resid. _____ CAP _____
Indirizzo residenza _____ n° _____
tel. _____ cellulare _____
Codice Fiscale _____

nella propria qualità di titolare/direttore /legale rappresentante della farmacia

FARMACIA

denominazione farmacia FARMACIA SORELLE PETROMILLI SRL
comune ELMAS prov. CA
indirizzo VIA MONTGOLFIER N° 3 cap. 09067
sede n. 3
p. IVA 03792300927
@ Farmacia sorellepetromilli@gmail.com/

PEC Posta Elettronica Certificata obbligatoria

ASL Cagliari S.C. Farmaceutica Territoriale	
16 APR. 2026	
PROTOCOLLO n. <u>16/2026/39934</u>	

CHIEDE

l'autorizzazione al trasferimento della Farmacia suddetta nella nuova sede.

al seguente indirizzo: FASS SHOPPING - CENTRE, VIALE ELMAS 216, ELMAS

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Perizia tecnica (redatta esclusivamente da un tecnico abilitato regolarmente iscritto al proprio albo professionale, ad es. Ingegneri, Geometri, Periti edili...) atta a comprovare che i locali scelti sono:
- ubicati nell'ambito della sede farmaceutica prevista dalla pianta organica vigente (non necessario se sede unica);
 - conformi ai requisiti previsti dalle vigenti normative in materia di igiene e sicurezza.
- Planimetria dei locali datata e firmata in originale da tecnico abilitato, in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti, le destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni;
- Dichiarazione di tecnico abilitato che asseveri la conformità dei locali agli strumenti urbanistici approvati ed adottati, ai regolamenti edilizi vigenti, e alle altre normative di settore aventi incidenza sulla disciplina dell'attività edilizia e, in particolare, alle norme antisismiche, di sicurezza, antincendio, igienico-sanitarie ed alle norme relative all'efficienza energetica;
- Certificato di agibilità o richiesta inoltrata al Comune di _____
- Licenza d'uso o agibilità: modello Suape (codice univoco): _____
- Collaudo statico
- Dichiarazione a firma del tecnico abilitato sul **superamento delle barriere architettoniche** (L.13/89D.M. 236/89);
- Relazione di collaudo **requisiti acustici** a firma del tecnico (solo per i locali soggetti a collaudo) o dichiarazione di non assoggettabilità;
- Dichiarazione a firma del tecnico abilitato che i locali della farmacia sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di **sicurezza elettrica e conformità degli impianti termoidraulici**;
- Fotocopia carta d'identità del sottoscrittore.

Data

16-4-26

Firma

[Firma]

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del Procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

16-4-26

Firma

[Firma]