**Allegato 1 - schema DI pianta organica**

LA PIANTA ORGANICA DELLE FARMACIE DEL **COMUNE** DI ..................

con popolazione di nr. ......... abitanti (dati ISTAT al ../../....) e con nr. ..... sedi farmaceutiche (*totale*)

Azienda USL di .....................

è stabilita come segue (*riportare le informazioni sottostanti per ciascuna sede presente nel comune*):

SEDE FARMACEUTICA NR. ....

Solo nel caso sia già aperta, specificare se URBANA oppure RURALE

STATO (*indicare una sola delle seguenti opzioni, eliminando le altre*):

* aperta PUBBLICA
* aperta PRIVATA
* vacante
* di nuova istituzione (istituita con la presente pianta organica)
* assegnata in attesa di apertura da parte di privato
* prelazionata dal Comune in attesa di apertura
* da assegnare per decentramento

Ubicata NEL CAPOLUOGO oppure nella FRAZIONE/LOCALITA’ di ...................

Solo per le farmacie aperte, indicare:

VIA .................................. Numero civico .........

Denominata Farmacia ..............................................

Cod. identificativo ........

Della quale è titolare: ..........................................

..................................................................

Avente la seguente sede territoriale: ............................

..................................................................

..................................................................

..................................................................

(*Riportare dettagliata indicazione topografica utile ad individuare in maniera univoca la circoscrizione - perimetro - della sede farmaceutica*)

* Allegare cartografia delle sedi (ad esclusione dei comuni con sede unica in cui la cartografia della sede è quella dell'intero comune)
* La cartografia e la descrizione letterale devono essere coincidenti: ogni punto del territorio deve appartenere ad una sola sede
* Allegare elenco, redatto come segue, indicante eventuali farmacie aggiuntive istituite dalla Regione nei luoghi ad alto transito ai sensi dell’art. 7 della L.R. 2/2016, dispensari farmaceutici permanenti, dispensari farmaceutici stagionali e farmacie succursali ubicati nel territorio comunale:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipologia Esercizio (\*) | Denominazione | Ubicazione  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(\*) Specificare se farmacia aggiuntiva, se dispensario permanente, se dispensario stagionale, se farmacia succursale.