



Autorizzazione per l'esercizio di una farmacia pubblica

si prega di segnare quanto fa al caso e di compilare il modulo in modo completo

| Motivo della domanda | Data |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Primo rilascio per inizio attività | |
| <input type="checkbox"/> Rinnovo dopo scadenza dell'autorizzazione | |
| <input type="checkbox"/> Cambiamento del gerente | |
| <input type="checkbox"/> Cambiamento del proprietario | |
| <input type="checkbox"/> Cambiamento del nome della farmacia | |

| Indicazioni sull'ubicazione dell'esercizio | |
|--|--|
| Nome della farmacia | |
| Indirizzo | |
| NPA, Luogo | |
| Numero di telefono | |
| E-mail | |
| Indirizzo internet | |
| Orari d'apertura | |

| Indicazioni relative al gerente | |
|---------------------------------|--|
| Gerente precedente | |
| Cognome, nome, titolo | |
| Nuovo gerente | |
| Cognome, nome, titolo | |

| | |
|---|---|
| <p>Il nuovo gerente è in possesso di un'autorizzazione all'esercizio indipendente della professione di farmacista nel Cantone dei Grigioni?</p> <p>Se no: inoltrare prego all'Ufficio dell'igiene pubblica dei Grigioni la domanda di autorizzazione all'esercizio della professione di farmacista nel Cantone dei Grigioni usando l'apposito modulo, corredato della documentazione necessaria. Il modulo di domanda può essere scaricato dal sito www.gesundheitsamt.gr.ch.</p> | <p>Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> |
|---|---|

| Indicazioni relative al proprietario | |
|--------------------------------------|--|
| Proprietario precedente | |
| Natura giuridica | |
| Ditta o cognome e nome | |
| Indirizzo | |
| NPA, Luogo | |
| Numero di telefono | |

| | |
|---------------------------|--|
| Nuovo proprietario | |
| Natura giuridica | |
| Ditta o cognome e nome | |
| Indirizzo | |
| NPA, Luogo | |
| Numero di telefono | |

| Attività | |
|--|---|
| Fabbricazione di medicinali | |
| Secondo ricetta (necessariamente secondo art. 18 cpv. 1 lett. c LAdLATER) | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Fabbricazioni ad hoc | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Preparati farmaceutici speciali secondo formula propria in piccola quantità (art. 9 cpv. 2 lett. c legge sugli agenti terapeutici) | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Commercio all'ingrosso | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Se sì: <input type="checkbox"/> commercio all'ingrosso svolto occasionalmente, massimo 5 clienti → Segnalazione al farmacista cantonale <input type="checkbox"/> di più di 5 clienti → richiedere l'autorizzazione di Swissmedic | | |
| Vendita per corrispondenza | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Servizio di picchetto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Organizzazione del servizio di picchetto: | | |

| Personale | | | |
|--|--|---|--|
| percentuali di lavoro del/della responsabile gerente | | | |
| Numero di farmacisti | | convertito in equivalenti a tempo pieno | |
| Altri collaboratori | | convertito in equivalenti a tempo pieno | |

| Indicazioni dei processi e delle strutture del sistema di gestione della qualità |
|---|
| |

I sottoscritti confermano di aver compilati la presente documentazione di domanda in ogni sua parte e in modo veritiero:

| Proprietario (richiedente) | |
|-----------------------------------|----------|
| Cognome, nome | Funzione |
| Luogo, data | Firma |

| Gerente | |
|----------------|----------|
| Cognome, nome | Funzione |
| Luogo, data | Firma |

| Indirizzo di fatturazione | |
|----------------------------------|--|
| Nome | |
| Indirizzo | |
| NPA Luogo | |

Allegati:

- Originale dell'estratto del registro di commercio (in caso di primo rilascio o di cambiamento del proprietario)
- Piani in scala 1:50 in duplice copia con indicazione della destinazione degli spazi (in caso di nuova costruzione o ristrutturazione)
- Elenco dei medicinali fabbricati secondo formula propria
- commercio all'ingrosso svolto occasionalmente (art. 20 OAMed): in aggiunta compilare e inoltrare il modulo di notifica
- Contratto di amministrazione (se il gerente **non** è il proprietario della farmacia). Il contratto di lavoro di Pharmasuisse vale quale contratto di amministrazione. Altrimenti, l'indipendenza specialistica va disciplinata secondo le prescrizioni seguenti:

- a) Il farmacista è tenuto a gestire la farmacia personalmente e con la dovuta cura.
 - b) Nell'esercizio della sua professione e nella direzione della farmacia dal punto di vista farmaceutico, il farmacista non accetta ordini contrari ai suoi doveri professionali.
 - c) Il farmacista è responsabile per l'acquisto, il controllo, lo stoccaggio, la preparazione e la vendita di medicinali. Il gerente ha il diritto di acquistare, d'intesa con il titolare, le attrezzature necessarie per un esercizio regolare e la letteratura specialistica di cui vi è bisogno
 - d) Il farmacista ha facoltà di disporre di tutte le chiavi dei locali e delle attrezzature appartenenti alla farmacia
- Attestato di assicurazione (responsabilità civile d'impresa)
 - Inventario delle sostanze stupefacenti (allestito al momento del passaggio di consegne e sottoscritto dal gerente precedente e dal nuovo gerente; solo in caso di cambiamento del gerente)

Sottoscriva la domanda e inoltri l'originale unitamente alla documentazione completa a:

Ufficio dell'igiene pubblica dei Grigioni, Farmacista cantonale, Hofgraben 5, 7000 Coira.

Nota:

- Se la farmacia fattura prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), il prestatore di servizi ai sensi della LAMal non è la farmacia ma il farmacista (gerente). Una domanda di autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS, deve essere presentata all'Ufficio dell'igiene pubblica dei Grigioni.