

MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO LOCALI SEDE FARMACEUTICA

Dott. CAPIZZI FRANCESCA ROSA
Farmacia CAPIZZI
Ubicazione della Farmacia PIAZZA EUROPA 17
Potenza
Tel.

Spett.le ASP Potenza
UO Farmaceutica
Via Sanremo, 78 - 85100

Oggetto: istanza di trasferimento locali sede farmaceutica unica/nr. del Comune di POTENZA

Con la presente ~~la~~ sottoscritta dr./dr.ssa CAPIZZI FRANCESCA ROSA in qualità di titolare della sede farmaceutica unica/nr. del Comune di POTENZA

CHIEDE

L'autorizzazione al trasferimenti dei locali della propria farmacia dalla via PIAZZA EUROPA 17
Alla via C. CICCOTTI 36 del comune di POTENZA

Si precisa che con tale variazione la farmacia rientra nel proprio perimetro di appartenenza.

A tal fine, allega la presente documentazione in carta semplice ed originale:

1. planimetria con evidenziate le vie ed i numeri civici;
2. parere di idoneità igienico-sanitaria dei locali da adibire a farmacia rilasciato dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica;
3. certificato del Comune di POTENZA nel quale si attesti che i nuovi locali da adibire a farmacia sono situati nella circoscrizione di appartenenza della sede farmaceutica medesima, con corretta distanza dalle altre farmacie secondo quanto previsto dalla normativa in materia (non inferiore a 200 metri), e sono idonei a soddisfare le esigenze della popolazione residente sul territorio comunale;
4. dichiarazione indicativa della data di fine lavori ed inizio attività.

Distinti Saluti

Luogo e Data

Pz 20/10/2023



Il Farmacista richiedente
Francesca Capizzi