

MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO LOCALI SEDE FARMACEUTICA

Dott. Capizzi Francesca Romana
Farmacia. Capizzi
Ubicazione della Farmacia. Piazzetta 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 xf la sottoscritto/a dr/dr.ssa Capizzi Francesca Romana 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 Piazzetta Europa 17
Alla via E. Cuccotti 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

la 28/10/2023

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI POTENZA - A.S.P.
U.O. Farmaceutica Territoriale
30 OTT. 2023
Prot. N° 20230101192

Francesca Capizzi
Il Farmacista richiedente