

MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO LOCALI SEDE FARMACEUTICA

Dott. IURINO ROSANNA
Farmacia ACERENZA S.r.l.
Ubicazione della Farmacia ACERENZA
Potenza
Tel. 0971.74.1168

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

Oggetto: istanza di trasferimento locali sede farmaceutica unica/nr ___ del Comune di ACERENZA

Con la presente il/la sottoscritto/a dr/dr.ssa IURINO ROSANNA in qualità di titolare della ^{Unica} sede farmaceutica unica/nr ___ del Comune di ACERENZA ^{amministratore}

CHIEDE

L'autorizzazione al trasferimenti dei locali della propria farmacia dalla via CONVENTO 5h-56
Alla via VIA. GRANUBILE III 22 del comune di ACERENZA
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 ACERENZA 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 Acerenza, 31.8.2022

Il Farmacista richiedente

