

MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO LOCALI SEDE FARMACEUTICA

Dott. VITANTONIO SPENNACCHIO

Farmacia... BICOCCA S.p.A. di FARMACIA SPENNACCHIO VITANTONIO SAS

Ubicazione della Farmacia... VIA... E. ROSSA 39

Potenza

Tel.....

Spett.le ASP Potenza

UO Farmaceutica

Via Sanremo, 78 - 85100

Oggetto: istanza di trasferimento locali sede farmaceutica ~~via~~/nr 5 del Comune di MELFI

Con la presente il/la sottoscritto/a dr/dr.ssa VITANTONIO SPENNACCHIO in qualità di titolare della sede farmaceutica ~~via~~/nr 5 del Comune di MELFI

CHIEDE

L'autorizzazione al trasferimenti dei locali della propria farmacia dalla via E. ROSSA 39

Alla via P.L. ROSSA 12 del comune di MELFI

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 MELFI 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

MELFI, 24/04/2024



FARMACIA BICOCCA s.n.c. - 48105
di Farmacia Spennacchio Vitantonio sas - MELFI

Il Farmacista richiedente