

Istanza di trasferimento locali degli esercizi farmaceutici – gestione uninomiale

Spett.le
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Via Degasperì n. 79
38100 Trento

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....il.....
residente a....., via..... in qualità di Titolare della
farmacia..... (indicare gli estremi della farmacia) sita in
..... chiede il trasferimento dell'esercizio dai locali di
via/p.zza..... ai nuovi locali di via/p.zza..... a decorrere dal
.....

Allo scopo dichiara che

☐ il trasferimento si attua all'interno della sede assegnata e nel rispetto della distanza minima di 200 m. pedonabili dalla farmacia più vicina (*se presenti altre farmacie*)

Le motivazioni del trasferimento sono.....
.....
.....

Allo scopo si allega:

- planimetria dei locali dove sarà ubicato l'esercizio
- certificato di agibilità dei locali con indicazione della destinazione d'uso
- 1 marca da bollo per il rilascio del provvedimento autorizzativo
- copia del versamento di € 300,00 – rilascio provvedimento autorizzativo

Riservandosi la produzione di eventuale ulteriore documentazione si inoltrano distinti saluti

Data

Firma.....