azienda sanitaria locale
matera

Marca da bollo
secondo tariffa
vigente

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera
Via Montescaglioso
75100 M A T E R A

Oggetto: Richiesta di autorizzazione al trasferimento della farmacia in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica.

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ titolare/direttore/legale rappresentante della farmacia correlativa alla sede farmaceutica n. ____ della pianta organica delle farmacie del Comune di _____, ubicata in Via _____ n. _____,

CHIEDE

l'autorizzazione al trasferimento definitivo/provvisorio della sopraindicata farmacia nell'ambito della propria sede farmaceutica nei nuovi locali ubicati in Via _____ n. _____.

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. planimetria dei locali prescelti datata e firmata in originale da tecnico abilitato, in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti, le sezioni e le destinazioni d'uso;
2. certificato di agibilità o richiesta inoltrata al Comune;
3. certificato del Comune nel quale si attesti che i locali prescelti sono ubicati nell'ambito della sede farmaceutica per la quale fu concessa l'autorizzazione, a distanza dalle altre farmacie secondo quanto previsto dalla normativa in materia (non necessario se sede unica);
4. certificato del Comune nel quale si attesti che i locali prescelti soddisfano le esigenze degli abitanti della zona;
5. parere di idoneità igienico-sanitaria dei locali da adibire a farmacia, rilasciato dal Dipartimento di Prevenzione della ASL.

Luogo e data

_____, __/__/____

Firma

_____

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com