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 PISTONE PIETRO titolare/direttore/legale rappresentante della farmacia correlativa alla sede farmaceutica n. ____ della pianta organica delle farmacie del Comune di POMARICO, ubicata in Via CORSO GARIBALDI 27 n. 27,

CHIEDE

l'autorizzazione al trasferimento definitivo/~~provvisorio~~ della sopraindicata farmacia nell'ambito della propria sede farmaceutica nei nuovi locali ubicati in Via CORSO GARIBALDI n. 03.

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. segnalazione certificata di agibilità (SCA) dei nuovi locali;
3. certificato del Comune nel quale si attesti che i locali prescelti soddisfano le esigenze degli abitanti della zona;
4. parere di idoneità igienico-sanitaria dei locali da adibire a farmacia, rilasciato dal Dipartimento di Prevenzione della ASL.

Luogo e data
POMARICO, 30/05/2019

Firma
Pistone

FARMACIA PISTONE S.n.c.
dei Dottori Pietro e Carlo Pistone
C.so Garibaldi 27 - 75016 Pomarico (MT)
C.F. / P.Iva 0 1 2 6 4 2 4 0 7 7 9