

MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO LOCALI SEDE FARMACEUTICA
(in bollo da € 16,00*)

Al Dipartimento per la Salute e il Welfare
Servizio Assistenza Farmaceutica; Attività Trasfusionale e
Trapianti –Innovazione e Appropriatelyzza
Ufficio Rete Regionale Assistenza Farmaceutica
Via Conte di Ruvo, 74
65127 PESCARA

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

Con la presente il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa in qualità di titolare della sede farmaceutica unica/nr..... del Comune di - giusta Delibera di Giunta Regionale /Determina Dirigenziale nr..... del -

CHIEDE

L'autorizzazione al trasferimento dei locali ove ubicare la sede farmaceutica in titolarità, dalla via..... alla via del Comune di

A tal fine, allega la presente documentazione in carta semplice, prodromica al rilascio della autorizzazione regionale:

1. copia del provvedimento di conferimento di titolarità;
2. attestato del Comune di recante l'avvenuta pubblicazione dell'istanza di trasferimento locali per quindici giorni consecutivi sull'Albo Pretorio;
3. attestato dell'Azienda U.S.L. direcante l'avvenuta pubblicazione dell'istanza di trasferimento locali per quindici giorni consecutivi sull'Albo Aziendale;
4. parere di idoneità igienico-sanitaria dei locali da adibire a farmacia del Dipartimento di Prevenzione della Azienda U.S.L. territorialmente competente o certificato di agibilità del Comune, nei casi previsti dalla normativa in materia;
5. certificato del Comune di 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 vigente, e sono idonei a soddisfare le esigenze della abitanti della zona.

Si allega, inoltre, marca da bollo da € 16,00(*) da apporre sul provvedimento amministrativo richiesto, ai sensi e per gli effetti del D.L. 26.04.2013, n.43 – convertito con modificazioni in L. 24.06.2013, n. 71 - G.U. 26.04.2013, n.97 - .

Il Farmacista richiedente (*1)

(*) il bollo non è dovuto in caso di istanza proposta dal Comune titolare di sede farmaceutica

(*1) ovvero, in caso di istanza proposta dal Comune titolare di sede farmaceutica, il Sindaco p.t.