

**MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO LOCALI SEDE FARMACEUTICA**  
**(in bollo da € 14,62\*)**

Alla Direzione Sanità  
Servizio Assistenza Distrettuale-  
Assistenza Farmaceutica  
Ufficio Farmacie Convenzionate  
Via Conte di Ruvo, 74  
65121 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. di .....recante 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;
5. verbale ispezione preventiva redatto dalla Commissione Farmaceutica Aziendale territorialmente competente;
6. 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 in materia, e sono idonei a soddisfare le esigenze della popolazione residente sul territorio comunale.

Si allega, inoltre, marca da bollo da € 14,62 (\*) da apporre sul provvedimento amministrativo richiesto, ai sensi e per gli effetti del D.M.20.08.1992 – G.U. 21.08.1992, n.196 S.O. - .

Il Farmacista richiedente (\*)

---

(\*) 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.