

Modulo 3 - Domanda di autorizzazione per trasferimento dei locali di esercizi farm



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

Il/La sottoscritto/a TONFOLINI MARCELLO nato/a il
residente a via tel

Il/La sottoscritto/a nato/a il
residente a via tel

Il/La sottoscritto/a nato/a il
residente a via tel

in qualità di:

- ☒ Socio o legale rappresentante della società FARMACIA ALL'ANGELO, con sede
in DENNO via MARCONI S
- ☐ Unico titolare

chiede/chiedono

il trasferimento dell'esercizio farmaceutico di GARDONE VAL D'AOSTA dai locali di Via/piazza
CENTIALE ai nuovi locali di Via/Piazza SANTA BARBARA a decorrere dal

Allo scopo si dichiara che il trasferimento avviene all'interno della sede assegnata e nel rispetto della
distanza minima di 200 metri dalla farmacia più vicina.

Si allega:

- planimetria dei locali dove sarà ubicato l'esercizio con indicazione della destinazione d'uso;
- certificato di agibilità dei locali con destinazione ad uso commerciale;
- marca da bollo da euro 16,00 per il rilascio del provvedimento autorizzativo;
- ricevuta di pagamento di euro 300,00 (tariffa per rilascio parere tecnico farmacie).

Il Titolare unico/Le persone autorizzate a impegnare la società