

Marca da bollo

**Al Responsabile della S.S.
Farmaceutica Territoriale
ASL BI
Dr.ssa Laura Pivano Sidro
Via dei Ponderanesi, 2
13875 Ponderano -BI-**

Oggetto: Istanza di trasferimento locali

Il/la sottoscritt__ Dr. _____, Nat__ a _____
il ___ / ___ / _____ residente in _____ Via _____,
cod. fiscale _____, in qualità di titolare della farmacia _____
sita in _____ Via _____, part. IVA _____,
come da (citare determina o decreto di titolarità)

presenta istanza

di autorizzazione al trasferimento dell'esercizio farmaceutico dai locali siti in _____,
Via _____, ai nuovi locali siti in _____, Via _____
e allega alla presente:

- Dichiarazione, degli uffici comunali competenti, che la nuova sede si trova all'interno della vigente pianta organica della Farmacia.
- Perizia asseverata (in bollo) attestante che la nuova sede dista oltre 200 metri dalla farmacia più vicina misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia delle farmacie;
- Planimetria dei nuovi locali (in bollo);
- Acquisizione idoneità dei locali dal punto di vista igienico sanitario;

Distinti saluti

Data ___ / ___ / _____

Firma _____