

Azienda U.S.L. Roma 2
Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica -SISP
Viale Battista Bardanzellu, n. 8
00155 Roma

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Codice Fiscale _____

Residente in (Via+Cap+Comune) _____

Legale Rappresentante di _____ Partita I.V.A. _____

Indirizzo Sede Legale _____ Tel _____

Indirizzo Sede Operativa _____ Tel _____

Tipo di Attività _____

Importo da Pagare € 41,32 (Quarantuno/32) per ogni singola richiesta di istruttoria pratica di cui alla tabella sottostante

ISTRUTTORIA PRATICA PER	
	Richiesta cambio titolarità farmacia
	Richiesta cambio titolarità deposito farmaceutico
	Variazione Responsabile Sanitario Servizio Trasporto Infermi

N.B: L'importo dovuto per le attività sopra descritte è stabilito nel rispetto del Tariffario Regionale previsto dalla D.G.R. Lazio del 19/12/1995 n. 10740.

Il pagamento di quanto dovuto può essere effettuato, utilizzando il presente modello, sia presso gli sportelli CUP, sia servendosi delle Postazioni Automatiche (TOTEM) della ASL Roma 2, oppure tramite bonifico bancario sulle seguenti coordinate – BNL - Ag. 21 Via Tiburtina n 399 – codice **IBAN: IT 79 M 01005 03221 000000218020** utilizzando l'apposita causale.



IP02