

Marca
da bollo
€ 16,00

ASL ROMA 2
U.O.C. Vigilanza Farmacie e Depositi
Via Filippo Meda 35, 00157 Roma

Oggetto: riconoscimento titolarità farmacia sede n..... denominata “.....”

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa..... nato a
il C.F. a seguito di assegnazione per
provvedimento..... n. del
della farmacia in oggetto

CHIEDE

il riconoscimento della titolarità della farmacia sede n..... denominata “.....”
sita in Roma, Via.....n.c..... (ingresso al pubblico) – n.c.(vetrina)
Il/La sottoscritto/a si riserva di consegnare la relativa documentazione all’Ufficio competente.

Data

Dott.....
firma

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D. lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni.