

Marca  
da bollo  
€ 16,00

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

Oggetto: trasferimento titolarità farmacia sede n. \_\_\_\_ denominata “\_\_\_\_\_”

Il/La sottoscritto/a /Dott.ssa..... nato a .....il  
..... C.F..... in qualità di legale rappresentante della Società -  
..... a seguito di atto del notaio ..... del  
..... Raccolta n.....Repertorio n..... registrato presso  
l'Ufficio..... il ..... al n..... serie.....

CHIEDE

che venga riconosciuta alla succitata Società la titolarità della farmacia sede n..... denominata  
“.....” sita in Roma, Via.....n.c..... (ingresso al pubblico) – n.c.  
.....(vetrina) già appartenente al Dott./Dott.ssa/Società..... con  
Provvedimento del Sindaco prot. .... del.....

Il/La sottoscritto/a si riserva di consegnare la 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.