

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./Dott.ssa..... nato a .....  
il ..... C.F. .... a seguito di atto del notaio  
..... del ..... Raccolta n..... Repertorio  
n..... registrato presso l'Ufficio..... il ..... al n.....  
serie..... attestante la cessione 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)  
già appartenente al Dott/Dott.ssa/Società..... con Provvedimento del Sindaco  
prot. .... del.....

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.