

Marca  
da bollo  
€ 16,00

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

Oggetto: trasferimento dei locali – farmacia sede n..... denominata “.....”

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa..... nato a .....  
il ..... C.F. .... titolare della farmacia in oggetto o in  
qualità di legale rappresentante della Società “.....”  
titolare della farmacia in oggetto

CHIEDE

L'autorizzazione al trasferimento dei locali della farmacia da  
via..... a via .....,

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.