



Amministrazione destinataria

Regione Liguria

Ufficio destinatario



## Trasmissione di istanze di farmaceutica territoriale

*Ai sensi dell'articolo 4 del Decreto ministeriale 10/12/2001*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
-----------	-----------	--------	-----------	--------	---------	---------	-------	-------	-----	-----

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
--------------------	----------------	-----------------------------	-------------------------------

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo	Denominazione/Ragione sociale	Tipologia
-------	-------------------------------	-----------

Sede legale	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
-------------	-----------	--------	-----------	--------	---------	---------	-------	-------	-----	-----

Codice Fiscale	Partita IVA
----------------	-------------

Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
----------	-----------------------------	-------------------------------

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione
--	-----------	-------------------

Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)	Provincia	Numero iscrizione
---	-----------	-------------------

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

### in relazione all'attività di

Attività svolta
-----------------

**con sede operativa in**

(in caso di trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale inserire la nuova sede operativa)

P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
							<input type="checkbox"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
il procedimento riguarda  ulteriori immobili

Agibilità dei locali	Protocollo	Data
Insegna		

**TRASMETTE**

in allegato alla presente comunicazione, documentazione riguardante istanze di farmaceutica territoriale.

☐ **referente per la pratica**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | domanda di affidamento gestione provvisoria di farmacia agli eredi  |
| <input type="checkbox"/> | domanda di autorizzazione per l'apertura di farmacia di nuova istituzione   |
| <input type="checkbox"/> | domanda di autorizzazione per ampliamento/modifica locali farmacia  |
| <input type="checkbox"/> | domanda di autorizzazione per commercio all'ingrosso di medicinali per uso umano, sostanze farmacologicamente attive e gas medicali |
| <input type="checkbox"/> | domanda di autorizzazione trasferimento locali farmacia   |
| <input type="checkbox"/> | comunicazione per l'esercizio di attività farmacisti  |
| <input type="checkbox"/> | comunicazione per variazioni societarie depositi  |
| <input type="checkbox"/> | comunicazione per variazioni societarie farmacie  |
| <input type="checkbox"/> | domanda di contributo farmacie disagiate  |
| <input type="checkbox"/> | domanda di indennità di residenza   |
| <input type="checkbox"/> | domanda di certificazione attività professionale  |
| <input type="checkbox"/> | domanda di sostituzione temporanea direzione farmacia   |
| <input type="checkbox"/> | domanda di trasferimento titolarità di farmacia a farmacista  |
| <input type="checkbox"/> | domanda di trasferimento titolarità di farmacia a società   |
| <input type="checkbox"/> | domanda di variazione denominazione farmacia  |
| <input type="checkbox"/> | domanda di vendita online farmaci senza prescrizione (SOP e OTC)  |
| <input type="checkbox"/> | ulteriori immobili oggetto del procedimento   |
| <input type="checkbox"/> | copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura  |
| <input type="checkbox"/> | pagamento dell'imposta di bollo   |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare)  |

Luogo	Data	il dichiarante

presentazione non usare per