



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 _____

Posizione INAIL _____ Codice INAIL impresa _____

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 inserire la nuova sede operativa)*

Particella terreni o Unità imm. urbana	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)*

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

--	--	--

Luogo

Data

il dichiarante

Presented for non-users are per