



## 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	<input type="checkbox"/>	
								SNC	CAP

**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.

<input type="checkbox"/> referente per la pratica	Nome	Codice Fiscale	
Cognome			
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
-------	------	----------------

da non usare per  
cartac  
presentazione