

ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA ED ALL'ESERCIZIO DI FARMACIA CONSEGUITA A SEGUITO CONCORSO

Marca da bollo
valore corrente

Al Sig.

Direttore Generale

dell'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana

Via Sant'Ambrogio di Fiera, n. 37

31100 Treviso

I sottoscritti

Dr./Dr.ssa _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____

via/piazza _____ n° _____

Dr./Dr.ssa _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____

via/piazza _____ n° _____

Dr./Dr.ssa _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____

via/piazza _____ n° _____

- assegnatari in forma associata forma singola della sede farmaceutica n. _____del Comune di _____ (urbana rurale)

- soci della costituita società _____

CHIEDONO

l'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio della Farmacia sotto la ragione sociale _____

Sede n. _____ del Comune di _____

nei locali in via/piazza _____ n. _____

Partita Iva _____ REA n. _____ C.F. _____

Dichiarano che la data prevista per l'apertura della farmacia sarà _____

(entro sei mesi dalla data di notifica della Pec regionale di assegnazione). Dichiarano, di comune

accordo, che il direttore tecnico della farmacia sarà il/la Dr./Dr.ssa _____

C.F. _____

Indicano di seguito i recapiti della farmacia:

telefono _____ fax _____

e-mail _____ Pec _____

Codice IBAN _____

Allo scopo allegano:

- atto notarile autenticato e registrato di costituzione di società per la gestione esclusiva della farmacia su base paritaria (per le farmacie in forma associata)
- copia certificato attribuzione Partita Iva
- autocertificazione requisiti ed assenza incompatibilità di legge (Modulo "Autocertificazione per apertura farmacia a seguito concorso straordinario") e fotocopia della carta di identità in corso di validità (per ogni farmacista)
- fotocopia Codice Fiscale (per ogni farmacista)
- planimetria dei locali in scala 1:100 con dettaglio sezioni, destinazioni d'uso e rapporti aero-illuminanti, firmata da professionista abilitato
- certificato di agibilità o asseverazione tecnica sostitutiva
- dichiarazione con i nominativi degli addetti presenti in farmacia
- registro stupefacenti (entrata/uscita) per la vidimazione

Distinti saluti.

Luogo, data _____

Timbro e firma del farmacista

Timbro e firma del farmacista

Timbro e firma del farmacista

Inviare a protocollo.aulss2@pecveneto.it