



**Amministrazione destinataria**  
Comune di Sestri Levante

**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)

Sestri Levante

Luogo

Data

il dichiarante

Presented for non-users are per