

Marca  
da bollo  
€. 16,00

**On. Le Sindaco del Comune di**  
Via

c.a. UOS Vigilanza Farmacie  
Via delle Cerquette, 2  
00072 Ariccia (RM)

**Oggetto: trasferimento dei locali farmacia sede n \_\_\_\_ denominata “ \_\_\_\_\_ ”**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

titolare/legale rappresentante della farmacia in oggetto

### **CHIEDE**

L'autorizzazione al trasferimento dei locali della farmacia

da via \_\_\_\_\_

a via \_\_\_\_\_ .

Il/La sottoscritto/a si riserva di consegnare la relativa documentazione all'Ufficio competente.

Li \_\_\_\_\_

Dott \_\_\_\_\_  
*firma*