

Spett.le
ASL AL
c.a. Direttore/Responsabile SC/SS Farmacia
Territoriale
ambito di _____ (compilare)
Via Venezia 6
ALESSANDRIA

OGGETTO: ISTANZA

Con la presente il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____ il
_____, in qualità di _____

con la presente rivolge rispettosa istanza finalizzata a **(barrare una o più voci)**:

- A) rilascio autorizzazione per la gestione provvisoria di farmacia
- B) presa d'atto gestione provvisoria di farmacia a seguito di sentenza di fallimento
- C) autorizzazione trasferimento farmacia a titolo di successione
- D) presa d'atto/autorizzazione cessione di quote di società titolare di farmacia
- E) autorizzazione trasferimento locali farmacia
- F) autorizzazione ampliamento locali farmacia
- G) affidamento della gestione di dispensario farmaceutico
- H) riconoscimento diritto di percepimento dell'indennità di disagiata residenza o di gestione dispensariale
- I) altro (**specificare**) _____

A tal fine allega la documentazione necessaria per l'istruzione della pratica, come sotto
elencato (**compilare**):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Indica quale proprio recapito per eventuali comunicazioni: _____

Data

FIRMA
