

Modulo A

**A.S.S. n. 1 “Triestina”  
S.C. Assistenza Farmaceutica  
Str. della Rosandra, 24**

**34137 TRIESTE**

Oggetto: Comunicazione di inizio lavori per ristrutturazione/ampliamento locali di esercizio farmaceutico

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Titolare/Direttore Responsabile della  
Farmacia \_\_\_\_\_ COD. Farmacia \_\_\_\_\_ ubicata in  
via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

**COMUNICA**

L' inizio dei lavori strutturali della sopraindicata farmacia nell'ambito della propria sede farmaceutica, ubicata  
in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ a partire dal \_\_\_\_\_

ALLEGA:

1. Dichiarazione di inizio lavori
2. Progetto datato e firmato da tecnico abilitato in scala 1/100 con indicati i rapporti aereoilluminanti, le sezioni e le destinazioni d' uso

.....  
(luogo) (data)

IL TITOLARE/DIRETTORE RESPONSABILE .....  
(firma)