

Modulo B

A.S.S. n. 1 "Triestina"
S.C. Assistenza Farmaceutica
Str. della Rosandra, 24

34137 TRIESTE

Oggetto: Comunicazione di ultimazione lavori strutturali nuovi locali nell'ambito della propria sede farmaceutica.

Il sottoscritto _____ Titolare/Direttore Responsabile della Farmacia _____ COD. Farmacia _____ ubicata in via _____ a _____, in riferimento all'istanza di autorizzazione presentata in data _____

COMUNICA

la fine dei lavori strutturali dei nuovi locali della sopraindicata farmacia nell'ambito della propria sede farmaceutica, ubicati in via _____ N° _____

Inoltre

CHIEDE

l'effettuazione di ispezione preventiva presso i sopraindicati locali.

.....,
(luogo) (data)

IL TITOLARE/DIRETTORE RESPONSABILE
(firma)

Inoltre (da compilare se necessario)

CHIEDE

L' autorizzazione alla chiusura della farmacia per trasloco o allestimento scaffali o altro _____

.....,
(luogo) (data)

IL TITOLARE/DIRETTORE RESPONSABILE
(firma)