

e-mail: farmaceuticateritoriale@aslroma5.it

Pec: farmaceutica.territoriale@pec.aslromag.it



U.O.C. Farmaceutica
Territoriale
Vigilanza Farmacie ASL Roma5

e p.c. Al Sindaco del Comune di

 FONTE NUOVA

Oggetto: trasferimento titolarità Farmacia EX COMUNALE cod. _____
ORA DENOMINATA "FARMACIA DRMAX FONTE NUOVA PALOMBARESE"
AD INTEGRAZIONE DELL'ISTANZA DEL 06/07/2023
Il/La sottoscritto/a Dr./Dott.^{ssa} FEDERICO DE PIRRO nato/a
a PISA (PI) il 09/08/1972 C.F. DPRFRC72M09G702B
in qualità di legale rappresentante della Società DR MAX ITALIA SRL
a seguito di atto del notaio GASPARE PARLATORE del 16/05/2023 Raccolta n.
3428 Repertorio n. 3929 registrato presso l'Ufficio DI BOLOGNA il
19/05/2023 al n. 22317 serie 1T

Attestante la cessione della farmacia in oggetto

CHIEDE

Il riconoscimento della titolarità della Farmacia DRMAX FONTE NUOVA PALOMBARESE sede
n. 7 sita in Via PALOMBARESE n. 10 (ingresso al pubblico)
n. (vetrina) _____ del Comune di FONTE NUOVA
già appartenente al Dott/Dott.ssa/Società COMUNE DI FONTE NUOVA
con provvedimento del Sindaco prot. 25994 del 13/10/2011

data 20/09/2023

Firma _____