



SETTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5

e-mail: farmaceuticateritoriale@aslroma5.it
Pec: farmaceutica.territoriale@pec.aslromag.it



REGIONE
LAZIO



U.O.C. Farmaceutica
Territoriale Vigilanza Farmacie
ASL Roma 5

p.c. Sindaco del Comune di
FONTE NUOVA

**Oggetto: Trasferimento della Farmacia TORLUPARA sede n. III^ _____
in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica.**

La sottoscritta Dott.ssa Annamaria PALERMO _____
nata a ROMA _____ il 17 FEBBRAIO 1995 _____
e residente nel Comune di ROMA _____
in via MONTEBUONO _____ n° 33 _____
C.F.: PLRNMR95B57H501I _____, Partita IVA _____
in qualità di TITOLARE _____ della Farmacia in oggetto
con sede nel Comune di FONTE NUOVA Via Vittorio Alfieri n° 1 angolo Via Carlo Goldoni _____
consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE

L'autorizzazione al trasferimento della Farmacia nei locali ubicati in via Nomentana n. 615
(Ingresso al Pubblico), n. 617 (Vetrina), angolo Via Tivoli n. 2A (Ingresso Merci).

DATA 13/10/23

IL TITOLARE

Annamaria Palermo