



e-mail: farmaceuticateritoriale@aslroma5.it
Per farmaceutica.territoriale@aslroma5.it

ASL RM G

UOC Farmaceutica Territoriale

Prot. 177

Data 28-07-2025



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

p.c. Sindaco del Comune di
FONTE NUOVA

Oggetto: Trasferimento della Farmacia MAINTONI PANIHOLESNE sede n. 4^a

In altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica.

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa PAOLA MAINTONI

e residente nel Comune di _____

In via _____ n° _____

Partita IVA 10880221006

In qualità di DIRETTORE LEONARDO KARR della Farmacia in oggetto

con sede nel Comune di FONTE NUOVA

Via DEI PLATANI n° 17

consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE

L'autorizzazione al trasferimento della Farmacia nei locali ubicati

In via DEI PLATANI n° 2/4/6/8^v

DATA 25/07/25

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

[Signature]