



TERZIO SANITARIO REGIONALE
e-mail: farmaceuticateritoriale@aslroma5.it
Pec: farmaceutica.territoriale@pec.aslroma5.it



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

p.c. Sindaco del Comune di

FORTE NUOVA (RM)

Oggetto: Trasferimento della Farmacia BOSSO DANIELA sede n. 2957 RMG
in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica.

Il/la sottoscritto/a Dott/ Dott.ssa BOSSO DANIELA

r _____ i _____

e residente nel Comune di _____

in via _____ n° _____

Partita IVA 04519341210

in qualità di TITOLARE della Farmacia in oggetto

con sede nel Comune di FORTE NUOVA (RM)

Via PALOMBARESE n° 429

consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE

L'autorizzazione al trasferimento della Farmacia nei locali ubicati

in via PALOMBARESE n° 437 A-B-C

DATA 24/11/25

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE FARMACIA BOSSO DANIELA

COD. 2957 - RMG

Via Palombarese, 429 A-B-C

00013 FORTE NUOVA (RM)