

09 APR. 2026

Prot. n. 0035139/26

**DOMANDA TRASFERIMENTO LOCALI SEDE FARMACEUTICA**

(in bollo da € 16,00\*)



203 PESCARA  
U.O.S.D. Servizio  
Farmaceutico Territoriale  
Via Molini, 47 - PESCARA

Al Servizio Farmaceutico Territoriale  
ASL. N.3 PESCARA

Oggetto: Istanza di trasferimento locali della Farmacia MASSARI SRL sede farmaceutica n. 29 del Comune di PESCARA

Con la presente il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa DI PAOLO STEFANO, in qualità di titolare della sede farmaceutica N. 29 sita in PESCARA alla Via DI SOTTO 117 del Comune di giusta Delibera di Giunta Regionale/Determina Dirigenziale n. DPF003/56 del 04/06/19

CHIEDE

l'autorizzazione al trasferimento dei locali ove ubicare la sede farmaceutica \_\_\_\_\_, dalla via DI SOTTO 117 alla via DI SOTTO 115 del Comune di PESCARA

L'istante

CHIEDE

*inoltre, che la presente domanda venga pubblicata per quindici giorni consecutivi sull'Albo di questa Azienda Sanitaria), come previsto dall'art.1 della L. 475/68 (come modificato dall'art.1 della L. 362/91).*

A tal fine, allega la presente documentazione in carta semplice, prodromica al rilascio della autorizzazione della ASL:

1. copia del provvedimento di conferimento di titolarità;
2. attestato del Comune di PESCARA recante l'avvenuta pubblicazione dell'istanza di trasferimento locali per quindici giorni consecutivi sull'Albo Pretorio;
3. parere di idoneità igienico-sanitaria dei locali da adibire a farmacia del Dipartimento di Prevenzione della Azienda U.S.L. territorialmente competente o Certificato di agibilità dei locali da adibire a farmacia e dichiarazione di tecnico abilitato che asseveri l'agibilità dei locali in conformità agli strumenti urbanistici, ai regolamenti edilizi ed alle altre norme di settore vigenti;
4. Certificato del Comune di \_\_\_\_\_, nel quale si attesta che i nuovi locali da adibire a farmacia sono situati nella circoscrizione di appartenenza della sede farmaceutica

medesima, con corretta distanza dalle altre farmacie secondo quanto previsto dalla normativa vigente, e sono idonei a soddisfare le esigenze degli abitanti della zona.

5. Copia del documento di riconoscimento dell'istante.

Si allega, inoltre, marca da bollo da €16,00.(\*)

Il Farmacista Richiedente

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is cursive and appears to be 'Antonio Rossi'.

(\* ) *il bollo non è dovuto in caso di istanza proposta dal Comune titolare di sede farmaceutica.*