

ALLEGATO 2 - SCHEMA DI PIANTA ORGANICA

LA PIANTA ORGANICA DELLE FARMACIE DEL **COMUNE DI MONTESE (MO)**

con popolazione di nr. **3.370** abitanti (dati ISTAT al **1° gennaio 2025**)
e con nr. **1** sedi farmaceutiche (*totale*)

Azienda USL di **MODENA (MO)**

è stabilita come segue (*riportare le informazioni sottostanti per ciascuna sede presente nel comune*):

SEDE FARMACEUTICA NR. 1 RURALE

Solo nel caso sia già aperta, specificare se URBANA oppure RURALE
STATO (*indicare una sola delle seguenti opzioni, eliminando le altre*):

- ~~aperta PUBBLICA~~
- **aperta PRIVATA**
- ~~vacante~~
- ~~di nuova istituzione (istituita con la presente pianta organica)~~
- ~~assegnata in attesa di apertura da parte di privato~~
- ~~prelazionata dal Comune in attesa di apertura~~
- ~~da assegnare per decentramento~~

Ubicata NEL CAPOLUOGO oppure nella FRAZIONE/LOCALITA' di:

CAPOLUOGO DI MONTESE

Solo per le farmacie aperte, RURALI non sede unica del comune,
indicare:

POPOLAZIONE della località o agglomerato rurale in cui è ubicata la
farmacia:

Solo per le farmacie aperte, indicare:

VIA **AUGUSTO RIGHI** Numero civico **5/7**

Denominata Farmacia **FARMACIA SAN LORENZO**

Cod. identificativo **36026071**

Della quale è titolare:

FARMACIA SAN LORENZO S.A.S. DELLA DOTTORESSA ANGELA FAMIGLIETTI.

Direttore responsabile:

CREDI ELISA nata il **21/01/1988** in **VIGNOLA (Mo)**

Avente la seguente sede territoriale:

INTERO TERRITORIO COMUNALE (come da planimetria allegata).

(Riportare dettagliata indicazione topografica utile ad individuare in maniera univoca la circoscrizione - perimetro - della sede farmaceutica)

- Allegare cartografia delle sedi (ad esclusione dei comuni con sede unica in cui la cartografia della sede è quella dell'intero comune)
- La cartografia e la descrizione letterale devono essere coincidenti: ogni punto del territorio deve appartenere ad una sola sede
- Allegare elenco, redatto come segue, indicante eventuali farmacie aggiuntive istituite dalla Regione nei luoghi ad alto transito ai sensi dell'art. 7 della L.R. 2/2016, dispensari farmaceutici permanenti, dispensari farmaceutici stagionali e farmacie succursali ubicati nel territorio comunale:

Tipologia Esercizio (*)	Denominazione	Ubicazione

(*) Specificare se farmacia aggiuntiva, se dispensario permanente, se dispensario stagionale, se farmacia succursale.