

**MODULO PER LA COMUNICAZIONE DI RECAPITO PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI PREVISTI DALL'ART. 110 DEL TESTO UNICO DELLE LEGGI SANITARIE APPROVATO CON RD N. 1265/1934.**

Al Comune di .....

Il/i sottoscritto/i:

Cognome ..... Nome .....

Nato/a a .....PR. (.....) il .....

Residente a ..... in via ..... n. ....

cod. fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

e

Cognome ..... Nome .....

Nato/a a .....PR. (.....) il .....

Residente a ..... in via ..... n. ....

cod. fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

e

Cognome ..... Nome .....

Nato/a a .....PR. (.....) il .....

Residente a ..... in via ..... n. ....

cod. fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

e

Cognome ..... Nome .....

Nato/a a .....PR. (.....) il .....

Residente a ..... in via ..... n. ....

cod. fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

e

Cognome ..... Nome .....

Nato/a a .....PR. (.....) il .....

Residente a ..... in via ..... n. ....

cod. fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

in qualità di precedente/i titolare/co-titolari/gestore provvisorio, erede/i della sede farmaceutica n. .... del comune di ....., in riferimento all'Atto Comunale n. .... del ..... di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio della farmacia medesima per la seguente motivazione:

- rinuncia della sede
- altro (specificare) .....

### COMUNICA/COMUNICANO

i seguenti recapiti ai quali essere contattato/i in relazione all'indennità di avviamento e al rilievo degli arredi, delle provviste e delle dotazioni della farmacia di cui all'art. 110 del T.U.LL.SS.:

- indirizzo PEC .....
- telefono .....
- indirizzo .....

### AUTORIZZA/AUTORIZZANO

il Comune a fornire i suddetti recapiti agli interessati.

Data.....

Firma .....

Firma .....

Firma .....

Firma .....

Firma .....