

**ALLEGATO 1 - SCHEMA DI PIANTA ORGANICA**

LA PIANTA ORGANICA DELLE FARMACIE DEL **COMUNE DI GALEATA (FC)**

con popolazione di **nr. 2385** abitanti (dati ISTAT al 01/01/2021) e con **nr. 1 sede farmaceutica (totale)**

**Azienda USL della Romagna - Ambito di Forlì**

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

**UNICA SEDE FARMACEUTICA UBICATA NEL TERRITORIO DEL COMUNE DI GALEATA**

**RURALE**

STATO: **aperta PRIVATA**

Ubicata NEL **CAPOLUOGO** DI GALEATA

**Via Quattro Novembre** Numero civico **17**

Denominata: **Farmacia CHIADINI**

**Cod. identificativo: NR. 40014052**

Della quale è titolare: **Dottoressa LORENZA ANTONIA FRANCESCA VALLI**

.....

Avente la seguente sede territoriale: **Intero territorio comunale**

.....

.....

.....

*(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<br>(*) | Denominazione | Ubicazione |
|----------------------------|---------------|------------|
| -----                      | -----         | -----      |
| -----                      | -----         | -----      |
| -----                      | -----         | -----      |
| -----                      | -----         | -----      |
| -----                      | -----         | -----      |
| -----                      | -----         | -----      |
| -----                      | -----         | -----      |
| -----                      | -----         | -----      |
| -----                      | -----         | -----      |

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