



DOMANDA AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIA

U.O.S.D.
Servizio Farmaceutico Territoriale

(in bollo da € 16,00*)

28 SET. 2026

Al Servizio Farmaceutico Territoriale
ASL N.3 PESCARA

Prot. n. 0092314/26

Oggetto: Istanza di ampliamento locali della
Farmacia PENNESE SRL cod.n. 167

Sede farmaceutica n. 33 del Comune di PESCARA

Con la presente il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa PENNESE FRANCESCA, in qualità di
titolare / legale rappresentante della Farmacia PENNESE S.R.L. sede
n. 33 sita in PESCARA alla Via DEL CIRCUITO 165 del Comune di
giusta Delibera di Giunta Regionale/Determina Dirigenziale n. DPF 003/131
del 30/09/2022

CHIEDE

l'autorizzazione all'ampliamento locali della Farmacia
Farmacia PENNESE S.R.L. cod.n. 167 con sede alla
via DEL CIRCUITO 165 nel 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:

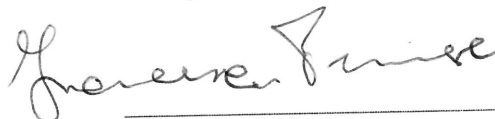
1. copia del provvedimento di conferimento di titolarità fsede farmaceutica;
2. attestato del Comune di PESCARA recante l'avvenuta pubblicazione dell'istanza di Ampliamento locali della Farmacia per quindici giorni consecutivi sull'Albo Pretorio;
3. parere di idoneità igienico-sanitaria dei locali da 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 PESCARA, 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/ Il Legale rappresentante della società



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