

**RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DEI LOCALI DELLA FARMACIA NELL'AMBITO
DELLA SEDE AUTORIZZATA**

Al Direttore Generale
AULSS 8 Berica
Via Rodolfi,37
36100 Vicenza



OGGETTO: RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DEI LOCALI DELLA FARMACIA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

DR PAOLO RIGO

Codice fiscale

RGI PLA 37 R 21 A 357 B

Titolare/Direttore della Farmacia denominata

DR PAOLO RIGO SNC

codice

042

CHIEDE IL TRASFERIMENTO TEMPORANEO

il trasferimento dagli attuali locali siti in (indicare paese, via e n° civico)

CORNEDO VICENTINO
VIA CAVOUR N. 32

presso i locali siti in (indicare paese, via e n° civico).

CORNEDO VICENTINO
VIA CAVOUR N. 11

dal

30/06/2025

per consentire la ristrutturazione del locale da adibire a farmacia, per il quale si richiederà autorizzazione.

Luogo e Data

Cornedo Vicentino
30/05/25

firma del richiedente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Rigo', written over a horizontal line.