

Spett. USL UMBRIA 2

Dipartimento Assistenza Farmaceutica e  
Patologia Clinica

PEC: [aslumbria2@postacert.umbria.it](mailto:aslumbria2@postacert.umbria.it)

**OGGETTO: ISTANZA GESTIONE PROVVISORIA**

Il sottoscritto/i:

\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, \_\_, C.F.: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) *inserire parentela*

\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, \_\_, C.F.: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) *inserire parentela*

\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, \_\_, C.F.: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) *inserire parentela*

in qualità di **erede/i unico/i** del/la defunto/a dott./ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,

via \_\_\_\_\_, \_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

titolare della Ditta \_\_\_\_\_ con sede in piazza/via

\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ consapevole/i delle sanzioni

previste dagli art. 75 e76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni false

**CHIEDE / CHIEDONO**

L'autorizzazione alla gestione provvisoria della Farmacia \_\_\_\_\_

Codice regionale \_\_\_\_\_ ubicata a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ per **sei mesi** dalla presentazione della dichiarazione

di successione, con la seguente denominazione \_\_\_\_\_

## DICHIARA/NO

ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000 e sotto la propria responsabilità di essere unico/i erede/i e che:

il/la dott./ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, \_\_, C.F.: \_\_\_\_\_

è deceduta/o a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**Si comunica** che la direzione tecnica - professionale della Farmacia è affidata

alla/al dr./ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_, che è in possesso di tutti i requisiti di legge previsti e dichiara di assumersi tutte le responsabilità inerenti l'incarico.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(luogo)

(data)

Il Direttore Responsabile incaricato \_\_\_\_\_

(firma per accettazione)

**I/Il sottoscritto/i sono pienamente a conoscenza delle penali responsabilità derivanti da mendaci dichiarazioni, come sopra riportate, nonché della conseguente cessazione del procedimento e di qualsiasi altro eventuale beneficio ad esso collegato o derivante da eventuali provvedimenti emanati dall' Azienda in virtù di falsa dichiarazione.**

Data \_\_\_\_\_

**Il / i dichiarante/i**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_