

Ditta  
Via  
Città  
Indirizzo PEC

**Spett.le REGIONE UMBRIA**  
**Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare**  
**Via Mario Angeloni, 61**  
**06124 PERUGIA**

per il tramite del :

Servizio I.A.P.Z.  
Azienda USL UMBRIA 2

**Oggetto: Richiesta di Revoca dell'atto di Riconoscimento art.10 comma 1 lettere a) e b)**  
**(COMMERCIALIZZAZIONE) Reg. CE 183/2005.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
In qualità di legale rappresentante della " FARMACIA \_\_\_\_\_"  
in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
con Riconoscimento numero \_\_\_\_\_

**CHIEDE la REVOCA**

del Riconoscimento rilasciato alla suddetta farmacia, ai sensi del D.L.vo 123/99 e confermato ai sensi del Reg. CE 183/2005, per cessazione dell'attività di commercializzazione inerente gli stessi riferimenti normativi.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_