

**Giunta Regionale della Campania**  
**Direzione Generale per la Tutela**  
**della Salute e il Coordinamento**  
**del Sistema Sanitario Regionale**  
**DG 04 - U.O.D. n. 06**  
**Politica del Farmaco e Dispositivi**  
Centro Direzionale Isola C/3 80143 - Napoli  
**dg04.farmaceutica@pec.regione.campania.it**

OGGETTO: Istanza di Trasferimento in nuovi locali della " FARMACIA VITALE " DELLA  
DOTT.SSA PAOLA VITALE & C. S.a.s. ", Sede Farmaceutica urbana N° 11  
del Comune di Marano Di Napoli (NA)

La sottoscritta dott.ssa Paola Vitale, nata a Roma il giorno 28.09.1950 e residente ad Avellino in via F. Scandone n° 38, con C.F: VTLPLA50P68H501J, iscritta all'Ordine Professionale dei Farmacisti della Provincia di Napoli in qualità di legale rappresentante titolare della società " FARMACIA VITALE DELLA DOTT.SSA PAOLA & C. S.a.s." con giusto Decreto Dirigenziale Regione Campania n° 10 del 09 /01/ 2017 rilasciato dal Dirigente Unità Operativa della Regione Campania, con esercizio ubicato nel Comune di Marano Di Napoli (NA) - 80016 - alla via S. Rocco n° 395, correlativa alla Sede Farmaceutica urbana N°11 della vigente pianta organica delle farmacie del Comune.

**Premesso che**

Gli attuali locali ove è attualmente svolta l'attività sono in locazione ed insufficienti all'esercizio, la scrivente ha individuato nuovi locali per trasferire la stessa attività nell'ambito di competenza e precisamente nei locali ubicati alla **Via Cupa S. Rocco civico n°1**, pertanto la sottoscritta

**CHIEDE**

ai sensi e per effetti dell'art. 13 del DPR n° 1275/71 e dell'art.1 della L. 362/91, l'autorizzazione a trasferire l'esercizio farmaceutico dai locali correnti siti alla via S. Rocco n° 395 ai nuovi locali siti alla **Via Cupa S. Rocco civico n°1**, precisando che l'ingresso al pubblico avverrà dal civ. n 1. I locali sono identificati al Catasto Fabbricati del Comune di Marano Di Napoli alla particella 941, foglio 4, sub. 9/10, p.t., categ. C/1, e sono ubicati nell'ambito della propria sede farmaceutica.

Marano Di Napoli, 05/ marzo / 2024

*Firma*

*Paola Vitale*

*La sottoscritta si riserva di consegnare la documentazione sottoelencata, già in materiale possesso della stessa, successivamente.*

*Per contatti farmacia: [17092@pec.federfarma.it](mailto:17092@pec.federfarma.it) - tel. 0815762642/3290225271*

Si allegano alla presente i seguenti documenti :

1. N° 1 **Planimetria** con indicazione della distribuzione degli spazi arredi e servizi, con toponomastica e numeri civici, firma di tecnico iscritto all'Albo
2. Copia **Decreto Dirigenziale**
3. Copia documento personale