

Prot. 96/2025/42723

Cagliari, 06/06/2025

Al Signor Responsabile
Servizio Affari Generali

SEDE

Oggetto: Trasferimento Farmacia Fasciolo Paola SNC, in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica, da Via Roma n. 100 a Piazza Fontana n. 13 del Comune di Pimentel.

Ai sensi dell'Art.1 della Legge 362/91, si trasmette la richiesta di trasferimento dei locali della Farmacia Fasciolo Paola SNC, da Via Roma n. 100 a Piazza Fontana n. 13, del Comune di Pimentel, affinché sia affissa all'Albo Pretorio per 15 giorni consecutivi e restituita a questo servizio, con indicazione dei giorni di pubblicazione.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti.

Il Responsabile Incaricato
Dott. ssa Alessandra Cara





n. _____
 S.C. Farmaceutico Territoriale
 Cagliari
 05 GIU. 2025
 612025102322
 PROF. COI.

III/mo Sig.
 DIRETTORE GENERALE
 ARES Sardegna – Via Piero della Francesca
 Selargius Cagliari
 DIRETTORE Azienda Socio Sanitaria Locale
 Cagliari
 Direttore S.C. Farmaceutico Territoriale
 Dott. Marcius Maurizio
 Cittadella della Salute
 Via dei Valenzani, 4 _ Pad. Q _ 1° Piano

OGGETTO: Richiesta autorizzazione al trasferimento della farmacia in altri locali
 nell'ambito della propria sede farmaceutica: da via ROMA 100
 a via PIAZZA FONTANA 13 Comune di PIMENTEL (SU)

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.Lgs. n. 196/2003 – PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI -
 NEL COMPILARE QUESTO MODELLO DI ISTANZA, COME ANCHE PER LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN ALLEGATO, LE CHIEDEREMO DI
 FORNIRE DATI PERSONALI CHE SARANNO TRATTATI DALL'AMMINISTRAZIONE NEL RISPETTO DEI VINCOLI E DELLE FINALITÀ PREVISTE DAL
 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.L.gs 196/2003). IL TRATTAMENTO AVVERRÀ NELL'AMBITO DELLE FINALITÀ
 ISTITUZIONALI DELL'AMMINISTRAZIONE E PERTANTO LA VIGENTE NORMATIVA NON RICHIEDE UNA ESPlicita MANIFESTAZIONE DEL SUO
 CONSENSO. IN OGNI CASO LEI POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI RICONOSCIUTI DALL'ART. 7 DEL DECRETO E LE ALTRE FACOLTÀ CONCESSE
 DALLA VIGENTE NORMATIVA.

La/ll sottoscritta/o dr./dr.ssa

RICHIEDENTE	
Cognome <u>FASCIOLO</u>	Nome <u>PAOLA</u>
nata/o il <u>29/05/1961</u>	Comune di nascita <u>CAGLIARI</u> Prov. <u>CA</u>
Stato di nascita <u>ITALIANA</u>	cittadinanza <u>ITALIANA</u>
Comune di residenza <u>CAGLIARI</u>	prov. resid. _____ CAP <u>09131</u>
indirizzo residenza <u>VIA MACHIAVELLI</u>	n° <u>101</u>
tel. <u>3474992841</u>	cellulare <u>3474992841</u>
Codice Fiscale <u>FSC8LASI H09B354F</u>	

nella propria qualità di titolare/direttore /legale rappresentante della farmacia

FARMACIA	
denominazione farmacia <u>FASCIOLO PAOLA d'Impresa Paola SNC</u>	
comune <u>PIMENTEL</u>	prov. <u>SU</u>
indirizzo <u>VIA ROMA 100</u>	cap. <u>09020</u>
sede n. <u>UNICA</u>	
p. IVA <u>03575270925</u>	
@ <u>paola.fasciolo@tin.it</u>	