



SCHEDA DI CENSIMENTO DEL PATRIMONIO STORICO - ARTISTICO FARMACEUTICO

Dati del compilatore

cognome / nome _____

via e numero civico _____

C.A.P. / Città / Prov _____

Tel _____

Fax _____

e-mail _____

Segnalazione della Farmacia _____

Località / Prov _____

Indirizzo o altro _____

Farmacia propria

Farmacia gestita

Farmacia da segnalare

<input type="checkbox"/>	Ubicata in locali storici	<input type="checkbox"/>	Facciata
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Vetrine
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Insegne
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Elementi architettonici
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Altro

<input type="checkbox"/>	Attrezzature	<input type="checkbox"/>	Distillatori-Vetriere
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Vasi
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Mortai
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Bilance
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Altro

<input type="checkbox"/>	Arredi originali o altro	<input type="checkbox"/>	Mobili
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Banchi
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Quadri
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Decorati
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Altro

<input type="checkbox"/>	Dotazioni	<input type="checkbox"/>	Libri-Ricettari-Tariffe
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Documenti
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ricordi scritti/orali

Osservazioni ed eventuali _____

N.B.: sono molto graditi i contatti telefonici e qualsiasi documentazione scritta o fotografica.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente sulla privacy (L.675/96) e successivi aggiornamenti

Data

Firma
