

## Allegato 2

Marca da bollo  
€. 16,00

Spettabile  
ATS \_\_\_\_\_  
Servizio Farmaceutico  
Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oggetto: **Domanda indennità di gestione per dispensario farmaceutico**

La/il sottoscritta/o Dr.ssa/Dr. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), Titolare/  
Direttore responsabile/Gestore provvisorio della farmacia rurale sita a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_) sede n.\_\_\_\_\_, incaricato della gestione  
del Dispensario Farmaceutico sito a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_), autorizzato con Decreto/Delibera n. \_\_\_\_\_ emessa da  
\_\_\_\_\_;

precisando che il Dispensario è / non è ubicato in locali messi a disposizione dal  
Comune;

### **DOMANDA**

che gli venga riconosciuta l'indennità di gestione stabilita dall'art. 2 della LR  
12/1986, per il biennio 2024 - 2025.

A tal fine allega la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che il  
dispensario è aperto al pubblico ed è funzionante.

Con osservanza

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(DPR 445/2000, art. 47)**

La/il sottoscritta/o Dr.ssa/Dr. \_\_\_\_\_

Titolare/Direttore responsabile/Gestore provvisorio della farmacia rurale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

( ) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità  
negli atti, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

che il dispensario di \_\_\_\_\_ è aperto al pubblico ed è funzionante.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_