

Allegato 1

Marca da bollo
€. 16,00

Spettabile
ATS _____
Servizio Farmaceutico
Via _____

Oggetto: **Domanda indennità di residenza per farmacia rurale**

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. _____ autorizzata con
Decreto/Delibera n. _____ emessa da _____;

DOMANDA

che gli venga riconosciuta l'indennità di residenza stabilita dalla Legge 221/1968, per il biennio 2024 - 2025.

A tal fine allega la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che la farmacia è aperta 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 la summenzionata farmacia rurale è aperta al pubblico ed è funzionante.

Per quanto concerne i dati ufficiali della popolazione della località o agglomerato rurale in cui è ubicata la farmacia, si segnala che essi possono essere acquisiti direttamente da codesta ATS presso il Comune di _____, ai sensi dell'art. 43, comma 1, DPR 445/2000.

Data _____

Firma _____