Spettabile

Agenzia di Tutela della Salute (ATS) ………………………….

*Marca da bollo16 €*

 *tariffa vigente*

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

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritt.. Dr./Dr.ssa |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Codice fiscale |  | Nato/a a |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| il |  | Residente a |  | ( ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❒ Titolare❒ Direttore Responsabile❒ Gestore provvisorio | della farmacia sita a |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sede n. |  | , incaricato della gestione del dispensario farmaceutico sito a |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| autorizzata 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 LR 12/1986, per il biennio |
|  |

|  |
| --- |
| A tal fine allega la dichiarazione sostituiva dell’atto di notorietà attestante che il dispensario è aperto al pubblico ed è funzionante.Con Osservanza |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data: |  |  | Firma |  |