

**MODELLO DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE IN GESTIONE DISPENSARIO
FARMACEUTICO STAGIONALE PER IL PERIODO MAGGIO/SETTEMBRE PRESSO LA
FRAZIONE DI "LE FORNA"**

AL COMUNE DI PONZA
P.zza C. Pisacane n. 4
04027 PONZA (LT)

Tramite pec: ufficiosegreteria@pec.it

Il sottoscritto/a Dott. nato/a a
..... il residente a
prov. in Via....., titolare della farmacia
..... sita presso il Comune di
..... in Via telefono
..... e_mail.....
PEC:.....

CHIEDE

che gli sia affidata la gestione del dispensario farmaceutico stagionale e per il periodo maggio/settembre presso la frazione di LE FORNA. A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n°445/2000 ss.mm.ii. e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A:

- Di non aver/riportato condanne penali e di non avere/avere procedimenti penali in corso;
- Di essere iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia didal
- Di essere titolare della farmacia di dal con provvedimento n. del
- Di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso pubblico e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura di affidamento della gestione del dispensario e degli adempimenti conseguenti;
- Di aprire e gestire il dispensario per tutta la durata del rapporto presso il locale sito nella frazione di LE FORNA (indicare dati identificativi immobile).....;

AUTOCERTIFICA E DICHIARA

- 1) che la distanza fra i locali della farmacia di cui è titolare, sopra menzionata, ubicata nel Comune di in Via n. ed i

locali del dispensario farmaceutico siti in alla Via
....., misurata per la via carrozzabile più breve, in base a quanto
previsto dall'art. 5 dell'Avviso pubblico, è di km.;

- 2) che i giorni settimanali di apertura del dispensario saranno (indicare con i relativi turni mattina-
pomeriggio):
.....
.....
- 3) che l'ampliamento dell'orario di apertura giornaliero (mattina-pomeriggio) del dispensario
farmaceutico, rispetto agli orari stabiliti dall'ASL, sarà articolato come di
seguito:.....
.....
.....(totale ore settimanali
aggiuntivo rispetto orario minimo n.)

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso pubblico venga inviata al seguente
recapito: Cognome Nome
Via/Piazza n.
Cap..... Città Prov. Tel
..... e-mail
PEC....., il cui eventuale cambiamento verrà
tempestivamente segnalato con PEC:

..... li,

Firma _____

Allegati:

fotocopia documento identità in corso di validità
avviso pubblico sottoscritto per accettazione su ogni pagina