MARCA DA BOLLO **€ 16,00**

Al **DIRETTORE GENERALE ASL BI**
Via dei Ponderanesi, 2
13875 Ponderano (BI)

E p.c. Responsabile S.S. Farmaceutica Territoriale

DOMANDA INDENNITA' DI RESIDENZA BIENNIO_____(FARMACIA)

Il/la sottoscritt___ Dr/Dr.ssa _____

nato/a a _____il_____

Codice Fiscale_____residente a _____

Titolare/Direttore della Farmacia rurale situata nel Comune di _____

(oppure località, frazione, centro abitato di_____)

Trovandosi nelle condizioni previste dalla L.8 marzo 1968 n.221 (G.U. n.80 del 27/03/1968)

D O M A N D A

che gli venga corrisposta l'indennità di residenza per il biennio _____ (prevista dall'art. 115 del T.U.L.S. 27/07/1934 n. 1265 e s.m.i) e che il versamento dell'importo relativo sia effettuato sul C/C/B identificato dal seguente codice IBAN

A tale proposito, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR N. 445/2000 e s.m.i.,

D I C H I A R A

che la farmacia è aperta al pubblico, è regolarmente funzionante ed allega copia fotostatica del proprio documento di identità_____(carta d'identità, patente, passaporto, altro) n._____

rilasciato da_____in data_____

Il certificato recante il numero degli abitanti del centro abitato nel quale è sita la farmacia medesima non è stato allegato alla presente domanda, in quanto ai senti dell'art. 15 della L n. 183/2011 "*Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide ed utilizzabili solo nei rapporti tra privati*". Come indicato dalla Regione Piemonte con propria nota prot n. 6096 del 5 marzo 2012, il/la sottoscritto/a DOMANDA a codesta spettabile Azienda Sanitaria Locale di acquisire d'ufficio presso il Comune il numero degli abitanti del predetto centro abitato ex art. 15 comma 1 lettera c) della L. n. 183/2011, che ha sostituito l'art. 43, comma 1 del DPR n. 445/2000.

Con osservanza.

_____, lì_____ Firma _____

(firma per esteso e leggibile)