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_____(DISPENSARIO)

Il/la sottoscritt___ Dr/Dr.ssa _____

Titolare/Direttore della Farmacia sita nel Comune di _____

gestore incaricato del dispensario farmaceutico sito nel Comune di_____

con locali in comodato ☐ d'uso o con canone di affitto ☐

D O M A N D A

la corresponsione dell'indennità di gestione per il biennio _____ a norma del comma 2 art. 3 L. 8 marzo 1968 n. 221 e C H I E D 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 il dispensario è aperto 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)