



COMUNE DI PETRELLA SALTO

Provincia di Rieti

Via G. Maoli, 19

C.A.P. 02025

Cod. Fisc. e Part. I.V.A. 00097310577

Tel. (0746) 521021 – 521022 - Fax 521993

E-mail info@comune.petrellasalto.ri.it

sito internet: www.comune.petrellasalto.ri.it

MODELLO DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLA GESTIONE DISPENSARIO FARMACEUTICO DEL COMUNE DI PETRELLA SALTO (RI)

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

Chiede

che gli sia affidata la gestione del dispensario farmaceutico del Comune di Petrella Salto;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 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

Dichiara:

- Cognome Nome
..... data di nascita Comune di
nascita prov. Comune di residenza
..... prov. cap Via/Piazza
..... n. Telefono
.....
- 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 di dal
- Di essere titolare della farmacia dal con provvedimento n. del



COMUNE DI PETRELLA SALTO

Provincia di Rieti

Via G. Maoli, 19

C.A.P. 02025

Cod. Fisc. e Part. I.V.A. 00097310577

Tel. (0746) 521021 – 521022 - Fax 521993

E-mail info@comune.petrellasalto.ri.it

sito internet: www.comune.petrellasalto.ri.it

• Di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso pubblico e nello schema di convenzione 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;

Autocertifica:

- che la distanza fra i locali della farmacia di cui è titolare sopra menzionata ubicata nel Comune di _____ in Via _____ n. _____ e la Frazione di Fiumata, misurata per la via carrozzabile più breve, in base a quanto previsto dall'Avviso Pubblico, è di km. _____;
- Che la consegna dei farmaci a domicilio sarà garantita :

CONSEGNA	
- Ogni giorno	
- 3 giorni a settimana	
- 1 giorno a settimana	

- Che la percentuale di scontistica applicata sui prodotti farmaceutici per i cittadini residenti del Comune di Petrella Salto sarà pari al _____%;
- Che l'orario previsto di apertura del dispensario sarà il seguente:

(eventuale) Allega la seguente ulteriore documentazione:

.....

.....

.....

e chiede infine che ogni comunicazione venga inviata al seguente recapito:



COMUNE DI PETRELLA SALTO

Provincia di Rieti

Via G. Maoli, 19

C.A.P. 02025

Cod. Fisc. e Part. I.V.A. 00097310577

Tel. (0746) 521021 – 521022 - Fax 521993

E-mail info@comune.petrellasalto.ri.it

sito internet: www.comune.petrellasalto.ri.it

Cognome Nome Via/Piazza
..... n. Cap Città
Prov. Tel e-mail
PEC.....

il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato con
raccomandata A.R.

_____ lì, _____

Firma _____

All. fotocopia documento identità in corso di validità