

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI RECUPERO FARMACI IN CORSO DI VALIDITÀ AI FINI DEL LORO RIUTILIZZO (DGR 2311/2014)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di _____

dell'Organizzazione non lucrativa riconosciuta ai sensi della Legge Regione Veneto 40/1993 (punto 4.3.2. dell' Allegato A alla DGR 2311/2014) _____

di altra Organizzazione/Ente non lucrativo con sede nella Regione Veneto (punto 4.3.2. dell'Allegato A alla DGR 2311/2014) _____

con finalità di assistenza sanitaria di assistenza umanitaria

con sede in _____ (Prov. _____) CAP _____

via/piazza _____ n° _____

Partita Iva/Codice Fiscale _____

Recapito telefonico _____

e-mail _____

CHIEDE

di poter accedere al servizio di recupero farmaci in corso di validità ai fini del loro riutilizzo come previsto dall'art. 2, comma 1, lettera c della L.R. 23/2011.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste e punite dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti,

DICHIARA

che sono rispettati gli obblighi/requisiti indicati nel punto 4.3.3 (obblighi da parte di Organizzazioni non lucrative) dell' Allegato A alla DGR 2311/2014

che sono rispettati gli obblighi/requisiti indicati nel punto 4.3.4 (verifica e censimento dei farmaci) dell' Allegato A alla DGR 2311/2014

che sono rispettati gli obblighi/requisiti indicati nel punto 4.3.5 (dispensazione dei farmaci) dell' Allegato A alla DGR 2311/2014.

L'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (punto 4.3.7 dell' Allegato A alla DGR 2311/2014) e di richiedere eventuali integrazioni e documenti.

Luogo, data _____

Firma del Dichiarante

Allegare documento di identità in corso di validità

Inviare a protocollo.aulss2@pecveneto.it e farmaceuticaterritoriale.pievedisoligo@aulss2.veneto.it