

INDENNITÀ FARMACISTI RURALI BIENNIO _____

Marca da bollo
valore corrente

Al Sig.
Direttore Generale
dell'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana
Via Sant'Ambrogio di Fiera, n. 37
31100 Treviso

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

domiciliato/a a _____

via/piazza _____ n° _____

Codice fiscale _____

 titolare direttore gestore provvisorio della farmacia rurale dispensario denominata/o

ubicata/o a _____ sede n° _____

in via/piazza _____ n° _____

autorizzata/o all'esercizio con decreto/delibera n° _____ in data _____

del (specificare l'autorità che ha rilasciato il decreto) _____

CHIEDO

a codesta Azienda Ulss che mi venga concessa l'indennità di residenza di cui alle Leggi n° 221/1968 e n° 40/1973 per il biennio _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIAROche la farmacia dispensario _____

è aperta/o e funzionante.

Distinti saluti.

Luogo, data _____

Firma e timbro del farmacista

Allegare copia documento di identità in corso di validità.

Inviare a protocollo.ulss2@pecveneto.it