



Comune di MONTASOLA

Provincia di Rieti

P.zza S. Pietro, 1 – 02040 Montasola (RI) – Tel 0746/675177

Mail: affarigenerali@comune.montasola.ri.it

Codice Fiscale : 00111190575

MODELLO DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE IN GESTIONE DEL DISPENSARIO FARMACEUTICO DAL 20/05/2025 AL 31/12/2030. SALVO RICHIESTA RINNOVO

Il/la sottoscritto/a nato/a a
..... Prov. il residente a
..... Prov. in via/piazza
..... titolare della farmacia
..... sita presso il Comune di
..... Prov. in via/piazza
..... telefono email
.....
.....

Chiede

che gli sia affidata la gestione del dispensario farmaceutico presso il Comune di Montasola sito in Via Forcella
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 D.P.R., nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

Dichiara

- ✓ Di *non aver/aver* riportato condanne penali e di *non avere/avere* procedimenti penali in corso;
- ✓ Di essere iscritto/a iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di dal
.....*oppure* che il Direttore della Farmacia di cui è titolare è iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di dal
- ✓ Di essere titolare della farmacia dal autorizzata con provvedimento n. del emesso da
- ✓ Di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso pubblico e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura di affidamento della gestione del dispensario farmaceutico e degli adempimenti conseguenti;

autocertifica

- ✓ Che la distanza tra i locali della farmacia di cui è titolare sopra menzionata ubicata nel Comune di in via n. e l'ubicazione del locale individuato per la gestione del dispensario farmaceutico, misurata per la via carrozzabile più breve, in base a quanto previsto dall'Avviso Pubblico, è di Km
- ✓ Che le dichiarazioni rese sono documentabili;

dichiara, altresì, che:

la proposta di gestione del dispensario ha le seguenti caratteristiche:

✓ I giorni e gli orari di apertura saranno i seguenti:

GIORNI	ORARIO
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	
Domenica	

- Numero complessivo ore di apertura del dispensario: _____

- Elenco dei servizi aggiuntivi offerti:

(eventuale) Allega la seguente ulteriore documentazione:

.....
.....
.....

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso pubblico venga inviata al seguente recapito:

Nome.....
Cognome.....
Via/Piazza..... N. C.a.p.
.....
Comune Prov. Tel.
.....
email.....
.....
PEC.....
..... il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato.

Luogo e data

Firma

Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità.