

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Indennità di disagiata residenza (FT.MO.2343.01).doc
		pag1/1

**Marca da bollo**  
**€ 16,00**

Al **DIRETTORE GENERALE**  
 Azienda Sanitaria Locale VC  
 C.so M. Abbiate, 21 – 13100 Vercelli

E p.c. **Direttore SC Farmaceutica Territoriale**

**OGGETTO: Richiesta riconoscimento indennità di disagiata residenza e/o gestione dispensariale ai sensi della legge n. 221/1968 ed s.m.i.**

Il/la sottoscritto/a Dr./D.ssa \_\_\_\_\_ Titolare/Direttore della Farmacia \_\_\_\_\_, unica rurale del Comune di \_\_\_\_\_, ubicata in località \_\_\_\_\_, e gestore del dispensario farmaceutico del Comune di \_\_\_\_\_, ubicato in \_\_\_\_\_ trovandosi nelle condizioni previste dalla legge in oggetto indicata,

**CHIEDE**

che gli venga corrisposta l'indennità di disagiata residenza e/o gestione dispensariale per il biennio \_\_\_\_/\_\_\_\_ e che il versamento dell'importo relativo sia accreditato sul c/c identificato dal seguente codice IBAN: \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_.

A tal proposito, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000 ed s.m.i., dichiara che il dispensario farmaceutico è aperto al pubblico ed è regolarmente funzionante.

Allega copia fotostatica del proprio documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>

**QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.**