

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Indennità di disagiata residenza (FT.MO.2343.02).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 unitamente al modulo "Assolvimento marca da bollo via pec" (FT.MO.2857.nn)

Data _____

Firma _____

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Gennaio 2024	Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Gennaio 2024	Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Gennaio 2024	Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Gennaio 2024
QUESTO DOCUMENTO E DI PROPRIETA DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUO ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			