|  |  |
| --- | --- |
| MMARCA DA BOLLO | Spett. AUSL di BolognaServizio Assistenza Farmaceutica Territoriale e VigilanzaVia S. Isaia 94 – 40123 Bologna |

**Oggetto:** Richiesta indennità di residenza per Farmacia Rurale e/o Dispensario.

Il/La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *(cognome)* | *(nome)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Residente a | In via |

|  |
| --- |
| Codice Fiscale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

⬜ Titolare ⬜ Direttore ⬜ Legale Rappresentante

⬜ **della Farmacia Rurale:**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Codice regionale |  |
| Via/Piazza |  | Nr. |  |
| Comune |  |
| Località |  |

⬜ **del Dispensario:**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Via/Piazza |  | Nr. |  |
| Comune |  |
| Località |  |
| **I cui locali:** ⬜ sono messi a disposizione del Comune ⬜ non sono messi a disposizione del Comune |

CHIEDE

il riconoscimento dell’indennità di residenza per il biennio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi della L. 221/1968 e della L. 40/1973.

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 45 e 47 del DPR n. 445/2000, che la farmacia e/o dispensario è aperto al pubblico e funzionante.

|  |  |
| --- | --- |
| DATA | TIMBRO E FIRMA |
|  |  |

*(allegare copia fronte retro del documento valido di identità del dichiarante)*