

MARCA DA BOLLO

Tariffa in vigore

Spett.le

ATS Insubria

OGGETTO: Istanza di proroga per il riconoscimento titolarità e autorizzazione all’apertura ed esercizio di Farmacia a seguito di concorso pubblico straordinario indetto da Regione Lombardia con DDGS n. 9986 del 8/11/2012.

I sottoscritti

Dr./Dr.ssa ………………………………………………………………..………… nato/a a ……………………..…..……….……..

il ……………………………………... Codice Fiscale ……………………………………………..………………………………………

residente a ……………………………………….……………… via ……………………...…………………...…….. n. …..…..…

Documento di riconoscimento numero ………………..…………….….…. Con scadenza ………………………….

Rilasciato da …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dr./Dr.ssa ………………………………………………………………..………… nato/a a ……………………..…..……….……..

il ……………………………………... Codice Fiscale ……………………………………………..………………………………………

residente a ……………………………………….……………… via ……………………...…………………...…….. n. …..…..…

Documento di riconoscimento numero ………………..…………….….…. Con scadenza ………………………….

Rilasciato da …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dr./Dr.ssa ………………………………………………………………..………… nato/a a ……………………..…..……….……..

il ……………………………………... Codice Fiscale ……………………………………………..………………………………………

residente a ……………………………………….……………… via ……………………...…………………...…….. n. …..…..…

Documento di riconoscimento numero ………………..…………….….…. Con scadenza ………………………….

Rilasciato da …………………………………………………………………………………………………………………………………….

componenti dell’associazione ……………………………………………….. (prot. della domanda di concorso),

considerata l'assegnazione definitiva della sede n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

La concessione di una proroga all’autorizzazione all’apertura fino al …………………………….……………. (la data non può essere superiore ai sei mesi rispetto a quanto stabilito dalla nota regionale di assegnazione della farmacia).

La proroga viene richiesta per i seguenti motivi (non imputabili ai farmacisti assegnatari):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

* documentazione a supporto di quanto sopra dichiarato
* copia dei documenti di identità di tutti i componenti, datati e firmati.

……………………………………………………, ………………………………….

(luogo) (data)

………………………………………………………………….

(firma)

………………………………………………………………….

(firma)

………………………………………………………………….

(firma)

Modulo predisposto RL – DGWelfare ver ago 18