MARCA DA BOLLO

Tariffa in vigore

Spett.le

ATS Insubria

Servizio Farmaceutico

**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.**

Io sottoscritto/a

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

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

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

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

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

Iscritto al concorso con domanda prot …………………………………….. considerata l'assegnazione definitiva della sede n. ……………………………………. del Comune di ……………………………………………………

**CHIEDE**

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 all’ assegnatario):

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

Si allega:

* documentazione a supporto di quanto sopra dichiarato
* copia del documento di identità datato e firmato

…………………………………….., ……………………………..

 (luogo) (data)

…………………………………………….………………

(firma)

**Modulo predisposto RL – DGWelfare ver ago 18**