MARCA DA BOLLO Al Direttore

U.O.C. Servizio Farmaceutico

ATS INSUBRIA

**COMUNICAZIONE CESSAZIONE DI CONVENZIONAMENTO SSR (ESERCIZIO COMMERCIALI E GDO) PER LA FORNITURA DI ALIMENTI DIETETICO TERAPEUTICI PER PAZIENTI CELIACI**

Il/la sottoscritto/a ................................................................................., nato/a a .......................................... il ................................, residente a ................................................... in Via............................................................. in qualità di Legale Rappresentante della Ditta …………………………………………………………….. con sede in .................................................. Via................................................... convenzionato con ATS Insubria alla fornitura di prodotti dietetico terapeutici per pazienti celiaci con Determina n ................. del .............................................................. per il punto vendita sito in …………………………………….. Via ………………………n………………………

COMUNICA

La cessazione del convenzionamento in oggetto a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

La presa d’atto della variazione avvenuta.

Data ...................................... Firma ...............................................................

Allegati:

n. 1 marca da bollo Euro 16 per rilascio copia conforme;

documento di identità del dichiarante

Copia dell’atto notarie sopra citato

Ai sensi dell’art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all’ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d’identità del dichiarante.