

FARMACIA

(timbro e firma)

ASL PESCARA
UOSD SERVIZIO FARMACEUTICO
TERRITORIALE
Via R. Paolini, 47
65124 PESCARA

OGGETTO: Richiesta corresponsione indennità di residenza per il biennio _____*

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
C.F. _____ titolare della Farmacia Rurale sita nel
Comune di _____ in via _____,
ai sensi della Legge 8 marzo 1968, n.221 e della Legge Regionale 16 marzo 2001 n.9, successivamente modificata con
L.R. 29 maggio 2001 e L.R. 19 novembre 2003, n.20,

presenta

istanza per ottenere il contributo di indennità di residenza per il biennio _____*

A tal fine, secondo quanto previsto dall'art.4 della L.R. n. 9/2001, allega alla presente domanda la documentazione di seguito meglio specificata:

- Certificato del Sindaco del Comune di _____ attestante:
 1. la regolare apertura della Farmacia al pubblico,
 2. la popolazione residente al 31 dicembre _____** nella località o agglomerato rurale in cui è ubicata la Farmacia, computando a tal fine anche gli abitanti delle case sparse situate entro un km dalla Farmacia medesima, considerando il percorso stradale più breve.

Pescara _____

IL TITOLARE

Codice IBAN del beneficiario: _____

* inserire il biennio di competenza a partire sempre da un anno pari

** l'anno di riferimento è quello dell'anno precedente a quello di presentazione dell'istanza