

Allegato A

AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DI FARMACIE PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA "KIT DI BENVENUTO"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

II/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via/P.zza _____ n. _____ C.F. _____
in qualità di:

Legale rappresentante

C.F./P.I. _____
recapiti:
Sig./Sig.ra _____
Via/P.zza _____ n. _____ Città _____
Tel. _____
E - mail _____

CHIEDE

di partecipare al presente Avviso per l'individuazione di farmacie per l'attuazione della misura "KIT DI BENVENUTO".

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per chi dichiara il falso, esibisce atti falsi o non corrispondenti a verità e che quanto dichiarato potrà essere verificato presso gli organi della P.A. competente, ai sensi del D.P.R. n.445/2000.

DICHIARA

Da parte della farmacia sopra elencata:

- l'interesse alla partecipazione al presente bando;
- l'iscrizione al registro regionale di settore _____.

Di aver preso visione e di accettare senza riserva alcuna di tutte le condizioni previste nell'Avviso.

Verano Brianza, il _____

TIMBRO E FIRMA

ALLEGA

1. Copia fotostatica del proprio documento di identità in corso di validità.

In ottemperanza alla legislazione sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (art. 13 D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.) i dati personali riportati sul presente modulo non verranno divulgati a terzi da parte dell'Amministrazione Comunale di Verano Brianza ma saranno utilizzati dalla stessa solo al fine di poter adempiere alle procedure conseguenti al presente bando.