



## ALLEGATO A1 alla Dgr n. 1186 del 01 agosto 2017

pag. 1/3

Modello di domanda di partecipazione

### TRAMITE PEC

Spett.le

Regione del Veneto

Unità Organizzativa Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici

PEC: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

OGGETTO: Concorso pubblico, per soli titoli, per il “decentramento” di un esercizio farmaceutico operante nel Comune di Chioggia (VE), nella zona provvisoriamente identificata con il n. 9 –*giusta* DGC n. 115/2017-

Il/La sottoscritto/a (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

### IN QUALITÀ DI

titolare della farmacia sita in Comune di Chioggia “\_\_\_\_\_” (*indicare la denominazione*)

*o in alternativa*

legale rappresentante della Società/gestione eredi \_\_\_\_\_

titolare della farmacia sita in Comune di Chioggia “\_\_\_\_\_” (*indicare la denominazione*)

### CHIEDE

di essere ammesso/ammessa a partecipare al concorso in oggetto, bandito con deliberazione della Giunta regionale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per il “decentramento” del proprio esercizio farmaceutico nella seguente zona del Comune di Chioggia: “Zona 9: comprende la parte del territorio del centro storico di Sottomarina delimitato: a nord dal confine della farmacia n. 9; a est dal Mare Adriatico; a ovest dal Viale Marco Polo (compreso) sino all’angolo con Viale F. Pigafetta, salendo a sud verso il mare lungo Via Pegaso (compreso)”.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale prevista dall'art.76 del D.P.R. 28/2/2000 n.445 e s.m.i. per le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi,

**DICHIARA**

-artt. 46 e 47 D.P.R. 28/2/2000 n.445 e s.m.i. -

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di risiedere in Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_  
cap. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ PEC alla quale l'Amministrazione invierà ogni  
successiva comunicazione relativa al concorso \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

di essere titolare

*o in alternativa*

legale rappresentante della Società/gestione eredi " \_\_\_\_\_ " titolare

di farmacia regolarmente in esercizio nel Comune di Chioggia (VE), denominata  
" \_\_\_\_\_ " ubicata in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

che l'ammontare complessivo dei corrispettivi per anno conseguiti dalla farmacia nell'ultimo quinquennio corrisponde a quanto di seguito riportato:

ANNO	AMMONTARE COMPLESSIVO CORRISPETTIVO
2012	
2013	
2014	
2015	
2016	

che gli anni di servizio espletati nei locali della farmacia gestita all'atto della domanda sono n.  
\_\_\_\_\_

DICHIARA altresì

di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;

di allegare alla presente domanda:

- copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità;
- provvedimento esecutivo di sfratto dai locali della farmacia (*da barrare se non presente*)

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

*(la mancata apposizione della firma e/o allegazione della copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità comporta l'esclusione dal concorso – art. 2 del bando-)*