

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DA PARTE DI FARMACIE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di Rappresentante Legale della Farmacia \_\_\_\_\_

Con sede legale a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Domicilio digitale (PEC) \_\_\_\_\_

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

all'adesione al progetto di cui al bando per manifestazione di interesse da parte di farmacie, che prevede la corresponsione da parte del Comune di contributi economici a cittadini trevigliesi, con quietanza alla farmacia prescelta dall'interessato, per l'acquisto di farmaci e specialità farmaceutiche ricompresi nella cosiddetta fascia "C", di cui all'art. 8 comma 10 Legge 1993/537 e s.m.i., non sostituibili con analogo farmaco "mutuabile", cioè coperto, in tutto o in parte, dal SSN e quindi in fascia "A", sulla base di apposita certificazione medica;

**a tal fine  
DICHIARA**

- di essere rappresentante legale di farmacia urbana privata e/o pubblica;
- di aderire al progetto comunale presso la sede della farmacia aperta al pubblico sita

in Treviglio in Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(è possibile rendere disponibili anche più sedi aperte al pubblico purchè sul territorio comunale)

Treviglio, \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

**Firma digitale**