

MARCA DA BOLLO
Tariffa in vigore

Spett.le
ATS BRESCIA
Servizio Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi, 15
25124 - Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

OGGETTO : Istanza di proroga per il riconoscimento titolarità e autorizzazione all'apertura ed esercizio di Farmacia a seguito di concorso pubblico straordinario indetto da Regione Lombardia con DDGS n. 9986 del 8/11/2012.

Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa nato/a
il Codice Fiscale residente a
..... Via n.
Documento di riconoscimento numero con scadenza
rilasciato da, Iscritto al concorso con domanda prot n.
considerata l'assegnazione definitiva della sede n. _____ del Comune di _____

CHIEDE

La concessione di una proroga all'autorizzazione all'apertura fino al (la data non può essere superiore ai sei mesi rispetto a quanto stabilito dalla nota regionale di assegnazione della farmacia).

La proroga viene richiesta per i seguenti motivi (non imputabili all' assegnatario):

Si allega:

- documentazione a supporto di quanto sopra dichiarato;
- copia del documento di identità datato e firmato.

.....

(luogo) (data)

.....
(firma)