



BOLLO

All'U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale

Sede di Ambito _____

Via _____, n. _

cap _____, _____

azienda@pec.auslromagna.it

Oggetto: **RICHIESTA INDENNITA' DI RESIDENZA**

Il/La Sottoscritto/a _____

Titolare Direttore Legale Rappresentante

della Farmacia Rurale _____

sita in _____

via/Piazza _____ Fraz _____

del Dispensario _____

sito in _____

via/Piazza _____ Fraz _____

i cui locali sono di proprietà del Comune / della Farmacia (barrare la voce da escludere)

regolarmente aperta/o al pubblico chiede il riconoscimento dell'indennità di residenza per il biennio _____, ai sensi dell'art 2 L 221 del 1968.

Data,

FIRMA

(allegare copia F/R documento di identità)