

Marca da bollo  
secondo tariffa  
vigente

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera  
Via Montescaglioso  
75100 M A T E R A

Oggetto: Istanza per il riconoscimento del diritto all'indennità di residenza biennio 20\_\_ – 20\_\_.

Ai sensi del disposto di cui all'art. 4 della legge 8 marzo 1968, n. 221, il/la sottoscritto/a  
dr./dr.ssa \_\_\_\_\_,  
titolare/direttore responsabile/gestore provvisorio della farmacia rurale sita nel Comune di  
\_\_\_\_\_, frazione/località \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

CHIEDE

che gli/le venga riconosciuto per il biennio 20\_\_ – 20\_\_:

1) il diritto all'indennità di residenza prevista dall'art. 115 T.U.LL.SS. approvato con R.D. 27

luglio 1934 n. 1265, nella misura stabilita dall'art. 1, c. 1 e 2, L.R. 3 gennaio 1997 n. 1 e s.m.i..

A tal fine si allega la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che la farmacia  
è aperta al pubblico ed è funzionante.

Per quanto concerne i dati ufficiali della popolazione della località o agglomerato rurale in  
cui è ubicata la farmacia, si segnala che essi possono essere acquisiti direttamente da codesta ASL  
presso il Comune di \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 43, comma 1, DPR 445/2000.

2) il diritto all'indennità integrativa di cui all'art. 1, c. 3, L.R. 3 gennaio 1997 n. 1 e s.m.i., stabilita

in base al volume di affari annuo lordo, quale risulta dagli atti di codesta Azienda Sanitaria.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Da inviare entro il 31 marzo degli anni pari.**

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente  
addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del  
sottoscrittore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Titolare/direttore responsabile/gestore provvisorio della farmacia rurale sita nel Comune di  
\_\_\_\_\_, frazione/località \_\_\_\_\_  
ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità penale per le false  
dichiarazioni, la falsità negli atti o uso di atti falsi ex art. 76 dello stesso DPR,

DICHIARA

che la summenzionata farmacia rurale è aperta al pubblico ed è funzionante.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.