

ALLEGATO C

MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA SELETTIVA
(da compilare e da trasmettere a mezzo PEC)

REGIONE CAMPANIA
Direzione Generale Tutela della Salute
Settore Accreditamento Istituzionale Health Technology Assessment (HTA)
Rapporti con il mercato
U.O.S. Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici - HTA
PEC: accreditamento.hta@pec.regione.campania.it

TERZA PROCEDURA SELETTIVA, PER TITOLI, PER IL DECENTRAMENTO DI FARMACIE IN ESERCIZIO SUL TERRITORIO DEL COMUNE DI NAPOLI NELLE ZONE INDIVIDUATE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO DI REVISIONE DELLA PIANTA ORGANICA DELLE FARMACIE DEL COMUNE DI NAPOLI STABILITA CON DELIBERAZIONE DI G.R. N. 4012 DEL 30/08/2001

Il sottoscritto _____ nat _____ a _____

(prov. _____) il _____ C.F. _____

Cittadinanza _____ residente a _____

(prov. _____) Via _____ n. _____

C.A.P. _____ TEL _____

PEC _____

(n.b.: in caso di titolarità della sede farmaceutica in capo ad una società, la domanda di partecipazione deve essere compilata dal legale rappresentante)

CHIEDE

di partecipare alla procedura selettiva in oggetto.

A tal fine, consapevole della decadenza dai benefici e della responsabilità penale, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modificazioni, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi,

DICHIARA

1. di essere titolare di farmacia nel Comune di Napoli (specificare se titolare in qualità di persona fisica o società _____);
2. che la farmacia è sita alla Via _____ n. _____;
3. che la farmacia afferisce alla sede farmaceutica n. _____;
4. che tale sede è promiscua o non promiscua (specificare _____);
5. che la distanza dalla più vicina farmacia è inferiore o superiore a metri 200 (duecento) (specificare _____);
6. che ha svolto attività di titolare per il seguente arco temporale (come persona fisica o società):
_____;

SI ALLEGA

la documentazione relativa a:

- ✓ perizia giurata di un tecnico di parte attestante la localizzazione della farmacia ad una distanza inferiore a metri 200 (duecento) dalla farmacia più vicina;
- ✓ sentenza esecutiva di sfratto (per chi ne è in possesso);
- ✓ fatturato lordo SSN per gli anni 2023-2024-2025;
- ✓ documentazione attestante la titolarità della sede farmaceutica ed il relativo arco temporale
- ✓ copia documento di riconoscimento

Il sottoscritto, infine, dichiara di aver preso visione di tutte le indicazioni contenute nel bando di selezione e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura selettiva e degli adempimenti conseguenti.

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga inviata al seguente indirizzo pec _____, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato.

Indica, di seguito, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, l'ordine di preferenza delle sedi farmaceutiche prescelte ai fini dell'eventuale assegnazione:

ordine preferenze	n. sede farmaceutica
1	
2	
3	
4	
5	

Data _____

FIRMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
ATTO DI NOTORIETÀ
(D.P.R. 28.12.2000, n. 445, artt. 19 e 47)**

Il sottoscritto _____

nato a _____ (Prov. _____) il _____

residente in _____ (Prov. _____)

Via _____, n. _____ CAP _____

CONSAPEVOLE

- ✓ delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;
- ✓ del fatto che, in caso di presentazione di documenti falsi o non rispondenti alla realtà, decadrebbe immediatamente dall'eventuale beneficio acquisito,

DICHIARA

Che la copia dei sottoelencati documenti, allegati alla presente, è conforme all'originale:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Allega, altresì, fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

IL DICHIARANTE
