

**Al Protocollo Generale  
del Comune di Bagnara Calabria**

**Oggetto: Voucher spese farmaceutiche” ai soggetti in condizione di disabilità gravissima (D.M. 26 settembre 2016, art. 3, comma 3) – Avviso rivolto ai commercianti (farmacie e parafarmacie) per l’accreditamento**

Il sottoscritto /a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_.

(Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ Città. \_\_\_\_\_ Cap.

\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

titolare e/ rappresentante legale dell’attività commerciale \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

iscritta alla Camera di Commercio della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ esercente

attività di \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di volere aderire alla manifestazione d’interesse e si impegna ad accettare nel suo pubblico esercizio i voucher per acquisto di farmaci, prodotti parafarmaceutici, presidi non coperti dal SSN o che la cui fornitura non è sufficiente a coprire il fabbisogno giornaliero del soggetto disabile

**Allega alla presente:**

-Documento Identità del titolare/legale rappresentante.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell’art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm. dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all’applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica in parola.

\_\_\_\_\_ ,lì \_\_\_\_\_

**IL RAPPRESENTANTE LEGALE**

**Timbro e firma**  
\_\_\_\_\_