

Allegato 1)

Manifestazione di interesse al servizio di gestione del dispensario farmaceutico stagionale in località Marina di Casalabate. Stagione 2024

**COMUNE DI TREPUIZZI
CORSO GARIBALDI, 10
73019 - TREPUIZZI**

Il/la _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ prov. _____
in via _____ titolare della farmacia sita presso il Comune di _____;

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

Al servizio di gestione del dispensario farmaceutico stagionale in località Marina di Casalabate per il periodo 15 giugno-15 settembre 2024.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____
Comune di nascita _____ prov. _____

Comune di residenza _____ Prov. _____ cap. _____

via/piazza _____ n. telefono _____

- Di essere iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____ dal _____;

- Di essere titolare della farmacia _____ dal _____ con provvedimento n. _____ del _____;

- Di aver già individuato, a propria cura e spese, idonea e agibile sede del dispensario farmaceutico, nella località Marina di Casalabate, zona centrale;

- Di accettare tutte le indicazioni e previsioni contenute nell'Avviso Pubblico L. 362/1991 – Servizio di gestione dispensario farmaceutico stagionale In Località Marina di Casalabate. Stagione 2024;

AUTOCERTIFICA

- che la distanza fra i locali della farmacia di cui è titolare, sopra menzionata, ubicata nel Comune di _____ in via _____ n. _____ ed il centro della Marina di Casalabate, è pari a km _____, (distanza misurata con l'utilizzo delle mappe del sito internet google maps tra la sede della farmacia e la sede del dispensario previsto nella Marina di Casalabate).

- che le dichiarazioni rese sono documentabili.

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente avviso pubblico, venga inviata al seguente recapito:

Cognome _____ Nome _____

via/piazza _____ n. _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato.

Informazioni relative al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a, presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali presente sul sito web istituzionale e negli uffici del Comune di Trepuzzi (Titolare del trattamento), dichiara, infine, di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della richiesta o del procedimento amministrativo per il quale il presente documento viene compilato. Il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Comune, nonché per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (ovvero di "rilevante interesse pubblico" nel caso di trattamento di categorie particolari di dati o di dati giudiziari) o connesso all'esercizio di pubblici poteri. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici o privati, che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli e saranno trattati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa (nel rispetto del Piano di conservazione e scarto dell'Ente). Il conferimento di tali dati è obbligatorio per dar corso alla richiesta o al procedimento di interesse. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE n. 2016/679, contattare l'Ufficio Protocollo del Comune o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (privacy.unionenordsalento@liquidlaw.it).

Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali consultare le specifiche privacy policy sul sito web istituzionale del Comune di Trepuzzi.

Luogo e data

Firma _____

Allegato: fotocopia documento identità in corso di validità.