

**Alla Regione Toscana
Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale
Settore Politiche del Farmaco e Appropriatezza**

via telematica

pec: regionetoscana@postacert.toscana.it

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ (_____) il _____

codice fiscale _____ in qualità di

- ☐ Titolare
- ☐ Legale rappresentante in caso di titolare società/gestione eredi
- ☐ Sindaco o suo delegato in caso di farmacia comunale

della farmacia _____

dal _____ al _____

codice regionale n. _____

P. Iva _____ ubicata in Via/P.zza _____

n. _____ cap. _____ Comune _____ fraz. _____

_____ Prov. _____ tel / cell. n. _____

indirizzo PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda

CHIEDE

di usufruire per l'anno 2017 della quota di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 706 del 26 giugno 2017 "Approvazione per l'anno 2017 dei requisiti, criteri e modalità per l'ottenimento del contributo previsto a favore delle farmacie disagiate ubicate nella Regione Toscana".

SI ALLEGA :

☐ **dichiarazione sostitutiva (all. 2) sottoscritta dal richiedente (ai sensi dell'articolo 38 del**

DPR 445/00)

☐ **fotocopia non autenticata di un documento di identità del richiedente in corso di validità**

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del DLgs.30 giugno 2003, n. 196 dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dall'articolo 7 del medesimo D.Lgs. Titolare del trattamento: Regione Toscana – Giunta Regionale; responsabile del trattamento: il dirigente del Settore Politiche del Farmaco e Appropriatezza – Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.

Data

Firma

**MODALITA' DI INVIO DELLA DOMANDA
entro il 15 SETTEMBRE 2017**

La domanda di richiesta del contributo deve essere presentata utilizzando il presente modulo, compilato in tutte le sue parti ed **inviata esclusivamente in via telematica entro il 15 SETTEMBRE 2017** con una delle seguenti modalità alternative:

A) trasmessa dal richiedente **mediante propria casella di posta elettronica certificata (PEC)** all'indirizzo: regionetoscana@postacert.toscana.it

B) mediante identificazione del richiedente attraverso il sistema informatico regionale denominato [Ap@ci](https://web.e.toscana.it/apaci/) collegandosi al seguente indirizzo: <https://web.e.toscana.it/apaci/> e selezionando il destinatario: Regione Toscana – Giunta.

In calce alla domanda il richiedente deve apporre la propria **firma leggibile e per esteso o firma digitale**.

Deve essere altresì **allegata la fotocopia non autenticata di un documento di identità o riconoscimento valido del sottoscrittore** scansionato elettronicamente.

Nell'inviare la domanda tramite pec indicare come oggetto: **“DOMANDA PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO REGIONALE 2017 A FAVORE DELLE FARMACIE DISAGIATE DELLA REGIONE TOSCANA”**

Le domande presentate con modalità diverse da quelle indicate sono considerate irricevibili.