

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA DI FARMACIA A SEGUITO DI ASSEGNAZIONE MEDIANTE CONCORSO INDETTO DALLA REGIONE CALABRIA CON DGR. N. 1 DEL 4 GENNAIO 2013.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA



N. Prot. 0106692 del 05/09/2019 Titolo/Classe/Sottocl. I 2 1

Al Direttore Generale ASP Cosenza

Al Direttore UOC Farmaceutica Territoriale ASP Cosenza

LE SOTTOSCRITTE:

Cognome GABRIELE Nome SABRINA SILVIA

Nato/a a [redacted] Residente a MONTALTO UFFUGO (CS) in via ALDO MORO 15 CAP 87046 Codice Fiscale [redacted]

Cognome GABRIELE Nome EMANUELA

Nato/a a [redacted] Residente a MONTALTO UFFUGO (CS) in via LEONCAVALLO 67 CAP 87046 Codice Fiscale [redacted]

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a ____/____/____ Prov. ____ il ____
Residente a _____ in via _____
Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a ____/____/____ Prov. ____ il ____
Residente a _____ in via _____
Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a ____/____/____ Prov. ____ il ____
Residente a _____ in via _____
Codice Fiscale _____

SI AUTORIZZA LA.

PUBLICATORIA

[Handwritten signature]



- C) Copia della dichiarazione di accettazione della sede conforme al modulo allegato alla nota della Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie - Settore n. 13 prot. n. _____ del _____, sottoscritto da ognuno dei co-assegnatari;
- D) Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità dei sottoscrittore/i in corso di validità.

Si informa che, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., i dati raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il presente procedimento e non saranno oggetto di comunicazione e diffusione. Il titolare del trattamento è la Regione Calabria.

Data _____ Firma del richiedente *Stefano Sinigaglia*

Data _____ Firma del richiedente *Stefano Sinigaglia*

Data _____ Firma del richiedente _____

Data _____ Firma del richiedente _____

Data _____ Firma del richiedente _____