

BOLLO 16,00 €

Al Responsabile S.S. Farmacia Territoriale
Azienda USL Valle d'Aosta
Via Guido Rey n. 1
11100, AOSTA
protocollo@pec.ausl.vda.it

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

Titolare Legale rappresentante della Società titolare

della Farmacia Rurale _____ COD. REG. _____

sita nel Comune di _____ Via/Fraz. _____ n. _____

CHIEDE

che sia riconosciuta l'indennità di residenza di cui all'art. 17 del nuovo ACN approvato in data 6 marzo 2025, per il servizio svolto nell'anno _____

Al tal fine dichiara:

○ *le coordinate bancarie di riferimento:*

IBAN _____

○ *il codice fiscale e la partita IVA:*

<i>CODICE FISCALE</i>	<i>PARTITA IVA</i>

○ *il fatturato complessivo ai fini IVA:* _____ €

Si allega alla presente istanza copia del documento di identità del sottoscrittore e copia della dichiarazione IVA.

Firma

_____ li _____
(Luogo) (Data)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto al ritiro ovvero inviata (corredata di fotocopia non autentica di un **documento d'identità del sottoscrittore**) all'ufficio competente tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, si informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. I dati, il cui conferimento è obbligatorio, verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Si precisa che l'Informativa al trattamento dei dati dell'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta è pubblicata in forma completa sul sito www.ausl.vda.it, nella sezione Privacy.