

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](mailto:protocollo@pec.ausl.vda.it)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Titolare  Legale rappresentante della Società titolare

della Farmacia \_\_\_\_\_

in base a quanto previsto dall'art. 8, comma 4 D.P.R. 371/98 - Accordo Collettivo Nazionale -  
per la disciplina dei rapporti con le Farmacie

### CHIEDE

la corresponsione dell'**acconto pari al 50%** di un dodicesimo dei corrispettivi dovuti dal  
S.S.N. a fronte delle ricette spedite nell'anno \_\_\_\_\_.

Firma e Timbro Farmacia

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_  
(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](http://www.ausl.vda.it), nella sezione Privacy.