*Allegato 1*

**MODELLO DI DOMANDA PER L'AFFIDAMENTO DELLA GESTIONE DISPENSARIO FARMACEUTICO DI FURATO, FRAZIONE DI INVERUNO, VIA ALFIERI SNC**

 ***Alla cortese attenzione del***

 ***COMUNE DI INVERUNO***

 ***20001 via Senatore Giovanni Marcora n°38/40***

Il sottoscritto/a Dott. …………………………………………………..……………………………………………………… nato/a a ……………………………………………………. il ……………………..…… residente a ………………………..………………………… prov. ……….. in Via…………………………………………………………………………………………., titolare della farmacia ……………………………………………………………………… sita presso il Comune di …………………………………………….. in Via ………………………………………….…………………………………………………… telefono ………………….……..………… e\_mail………………………..…………….. ………………………………

**CHIEDE**

che gli sia affidata la gestione del dispensario farmaceutico sito a Furato, frazione del Comune di Inveruno in via Alfieri snc.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n°445/2000 ss.mm.ii. e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false e mendaci o comunque non veritiere, sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A:**

○ Di non aver/riportato condanne penali e di non avere/avere procedimenti penali in corso;

○ di essere in possesso di tutti i requisiti per contrattare con la Pubblica Amministrazione e di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione previste dal Codice dei Contratti Pubblici.

○ Di essere iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia di ……………….………………….dal ………….;

○ Di essere titolare della farmacia di ………………………………..……………………… dalla data del ………..………. con provvedimento n. ………… del ………………;

○ Di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso pubblico e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura di affidamento della gestione del dispensario e degli adempimenti conseguenti;

○ Di aprire e gestire il dispensario per tutta la durata del rapporto presso il locale di proprietà dell’Ente, sito a Furato, frazione del Comune di Inveruno in via Alfieri n° SNC, foglio 11, mappale 413 sub. 2.

**A TAL FINE AUTOCERTIFICA E DICHIARA**

1. che la distanza fra i locali della farmacia di cui è titolare, sopra menzionata, ubicata nel Comune di ……………………………………….. in Via ……………………………….. n. …………. ed i locali del dispensario farmaceutico siti a Furato, frazione del Comune di Inveruno in Via Alfieri n° snc, misurata per la via carrozzabile più breve, in base a quanto previsto dall'Avviso pubblico, è di km. ……………………;
2. che il dispensario farmaceutico resterà aperto per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_giorni settimanali;
3. che il dispensario farmaceutico resterà aperto per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ora/e giornaliere;

e chiede, infine, cheogni comunicazione relativa al presente Avviso pubblico venga inviata al seguente recapito:

Cognome ……………………………………..…………..... Nome ……………………………….……………………….. Via/Piazza ……………………………………………………………..………..….. n. .……………… Cap ……………….. Città ………………….…….……………………………………………………………… Prov. ……………. Tel ……………..……………… e-mail …………………………………………………………….……… PEC………………………………………………………………..., il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato con raccomandata A.R..

………………………………………………. lì, ………………….…………………

*Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Allegati:*

* *documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore;*
* *copia dell’autorizzazione sanitaria all’esercizio della farmacia;*
* *proposta organizzativa per la gestione del servizio*
* *proposte migliorative (ove previste)*