

**MODULO DI ADESIONE ENTE DEL TERZO SETTORE**  
**PROGETTO SPERIMENTALE RECUPERO FARMACI (DGR n. 1996/2024)**

da inviare tramite PEC/email a:

- Azienda Sanitaria Territoriale competente
- Regione Marche: regione.marche.assistenzafarmaceutica@emarche.it
- CO.D.IN. Marche
- Ordine dei Farmacisti territorialmente competente

Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_,

legale rappresentante dell'Ente del Terzo settore avente finalità di assistenza sanitaria:

\_\_\_\_\_  
(indicare la denominazione dell'ente),

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

ubicato in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

Frazione/Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria Territoriale di competenza \_\_\_\_\_

numero di iscrizione nel registro unico nazionale del Terzo settore \_\_\_\_\_

in possesso dell'iscrizione regionale rilasciata con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Aderisco al progetto sperimentale regionale "Recupero Farmaci".

A tal fine, dichiaro che il/i dott.

Cognome	Nome	Codice fiscale

sarà/saranno il/i referente/i delle attività e che parteciperanno al corso di formazione regionale preliminare all'avvio del progetto.

Dichiaro di essere in possesso dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari previsti dal Regolamento Regionale n. 16 giugno 2020, n. 5 "Disposizioni di attuazione della legge regionale 5 febbraio 2013, n. 3 (Interventi regionali per il recupero, la restituzione e la donazione al fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità)" all'art. 8 Soggetti Beneficiari e all'art. 4 Requisiti dei magazzini idonei alla detenzione dei medicinali), per quanto di competenza.

Legale rappresentante dell'Ente: " \_\_\_\_\_ "

Data \_\_\_\_\_

Firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_