

**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 ai 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) _____