

Modulo di accettazione della sede assegnata

(da rispedire, via PEC, al Settore Assistenza Farmaceutica, Protesica, Dispositivi Medici dell'Agenda Regionale Sanitaria della Regione Marche entro 3 mesi dalla data di pubblicazione sul B.U.R.M. del presente decreto)

Alla REGIONE MARCHE – Agenzia Regionale Sanitaria - Settore. Assistenza Farmaceutica, Protesica, Dispositivi Medici - Via G. da Fabriano, n. 3 – 60125 ANCONA
PEC: regione.marche.assistenzafarmaceutica@emarche.it

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Prov. _____ Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

(da allegare in copia obbligatoriamente)

E

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Prov. _____ Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

(da allegare in copia obbligatoriamente)

E

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Prov. _____ Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

(da allegare in copia obbligatoriamente)

E

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Prov. _____ Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

Dichiaro\dichiariamo di accettare l'assegnazione della sede consapevole\vi della decadenza della stessa in caso di accertamento di sopravvenuta nuova titolarità di altra sede da parte anche di uno solo dei coassegnatari.

Dichiaro\dichiariamo di accettare l'assegnazione della sede consapevole\vi della eventuale pendenza di giudizio e che, pertanto, l'effettiva assegnazione è sub judice.

Si informa che, ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003, i dati raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il presente procedimento e non saranno oggetto di comunicazione o diffusione.

Il titolare del trattamento è l'Agenzia Regionale Marche.

Consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 445/2000 (articoli 46, 47, 75 e 76) confermo che quanto ho dichiarato è vero.

Data _____ Firma del richiedente _____

Data _____ Firma del richiedente _____

Data _____ Firma del richiedente _____

Data _____ Firma del richiedente _____

Data _____ Firma del richiedente _____