

Alla UOS Assistenza Farmaceutica Territoriale

ASL Rieti, via del Terminillo, 42



Oggetto: Indennità di residenza anni _____

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____

Direttore della farmacia rurale _____,

P.I. _____ con la presente chiede che gli venga

concessa l'indennità di residenza per il biennio _____ ai sensi e per gli effetti

delle Leggi n.221 del 08/03/1968 e n. 40 del 05/03/1973 e della L.R. n.58 del 20/08/1979 e

successive modifiche e integrazioni.

Allega:

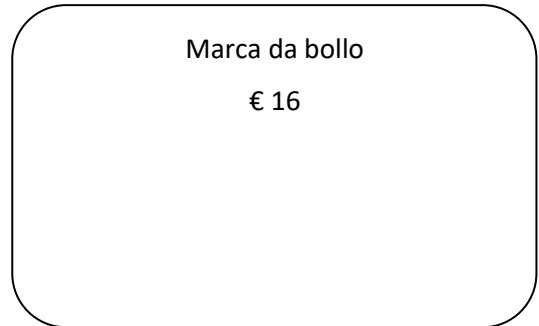
- Attestato di ruralità e n. abitanti dell'agglomerato rurale rilasciato dal sindaco

_____ li _____

firma _____

Alla UOS Assistenza Farmaceutica Territoriale

ASL Rieti, via del Terminillo, 42



Oggetto: Indennità di residenza biennio _____

Il sottoscritto DR. _____ nato a _____ il _____

Titolare/Direttore della farmacia rurale di _____, P.I. _____

E gestore del Dispensario Farmaceutico di _____ con

la presente chiede che gli venga concessa l'indennità di residenza per il biennio _____

ai sensi e per gli effetti delle Leggi n.221 del 08/03/1968 e n. 40 del 05/03/1973 e della L.R. n.58 del 20/08/1979 e successive modifiche e integrazioni.

A tal fine dichiara che l'affitto ove è ubicato il Dispensario

E'

NON E'

a carico del Comune.

N.B: In allegato attestazione del Sindaco del comune

_____ li _____

firma _____