

Alla UOS Assistenza Farmaceutica Territoriale

ASL Rieti, via del Terminillo, 42



Oggetto: Indennità di residenza anni _____

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____ Direttore della farmacia
_____, 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 al 31 dicembre, rilasciato dal sindaco

_____ li _____

firma _____