Al Comune di Bari

Ripartizione "*Tutela dell'Ambiente, Sanità e Igiene*"

ambienteigienesanita.comunebari@pec.rupar.puglia.it

Oggetto: Bando di concorso 2021 per l'assegnazione delle zone farmaceutiche di decentramento riservato ai titolari di farmacia nel territorio del Comune di Bari. Domanda di partecipazione

---------- ----------

_l_. sottoscritt_ _____, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, in caso di dichiarazioni mendaci e, in particolare, delle sanzioni penali previste dall'art.19, comma 6, della legge 241/1990 e ss.mm.ii., nonché di quanto previsto dal DPR 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

- di essere nat_ a _____ prov. _____ il _____,
- di essere residente in _____ prov. . _____ via . _____

cap. _____

C.F. _____

- di essere Titolare della sede n. _____, farmacia

_____ - P.IVA _____ - sita in Bari al civico n. _____ di via _____,

CHIEDE

di essere ammess_ a partecipare al concorso per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche di decentramento nel territorio del Comune di Bari di cui al bando emanato con Determinazione Dirigenziale n. _____ del _____, pubblicato sito *web* istituzionale del Comune di Bari – "*Sezione Bandi e Concorsi – Altri Avvisi*".

DICHIARA

- di voler concorrere, ai sensi della D.G.C. del Comune di Bari n.2021/00599 del 06/10/2021, per l'assegnazione delle zone di farmaceutiche decentramento istituite con D.G.C. del Comune di Bari n.2021/00264 di seguito elencate:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

- di avere preso visione dell'*Informativa* sul trattamento dei dati personali e di autorizzarne l'utilizzo per le finalità e con le modalità indicate all'ART. 12 del Bando di concorso;

ALLEGA la seguente documentazione, di data non anteriore a 6 mesi, attestante i requisiti posseduti:

1) Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, del fatturato totale della Farmacia (calcolato come media degli ultimi cinque anni);

2) Perizia asseverata di Tecnico abilitato iscritto all'Albo professionale riferita alla concentrazione di farmacie determinata come della media aritmetica delle distanze, calcolate per la via pedonale più breve, tra la farmacia del concorrente e quella delle sedi delle zone confinanti;

3) Copia conforme in bollo del provvedimento di sfratto (EVENTUALE);

4) Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, attestante il numero di anni di esercizio della titolarità della Farmacia nei locali occupati all'atto della domanda;

5) Fotocopia del proprio documento di identità, in corso di validità.

COMUNICA

di eleggere domicilio, agli effetti della procedura concorsuale, l'indirizzo *PEC* _____, riservandosi di comunicare tempestivamente alla Ripartizione "*Tutela dell'Ambiente, Sanità e Igiene*", sempre a mezzo *PEC*, ogni eventuale variazione.

_____addì, _____

In Fede

_____