**Allegato 1 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Avviso Manifestazione di Interesse finalizzata alla realizzazione delle attività previste dal Piano di Interventi presentato dalla Asl n. 6 del Medio Campidano nell’ambito del “Programma Nazionale Equità nella Salute” (PNES 2021–2027) Area tematica: “Contrastare la povertà sanitaria”. Codice progetto IN4k.1\_04 “Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (FSE+), CUP D59I24001600006

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di (titolare/legale rappresentante/responsabile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della farmacia/parafarmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare all’Avviso di Manifestazione di Interesse finalizzata alla realizzazione delle attività previste dal Piano di Interventi presentato dalla Asl n. 6 del Medio Campidano nell’ambito del “Programma Nazionale Equità nella Salute” (PNES 2021–2027) Area tematica: “Contrastare la povertà sanitaria”. Codice progetto IN4k.1\_04 “Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (FSE+), CUP D59I24001600006 promosso nell’ambito del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021–2027 (PNES) – Area “Contrastare la Povertà Sanitaria”.

A tal fine, dichiara:

1. di essere in possesso dell’autorizzazione all’esercizio dell’attività farmaceutica/parafarmaceutica, conforme alla normativa vigente;
2. di garantire la disponibilità a distribuire gratuitamente i farmaci, secondo le modalità e le tempistiche previste dalla ASL n. 6 del Medio Campidano;
3. di aderire alle regole stabilite in merito alla tipologia e ai prezzi dei farmaci da distribuire (priorità ai generici e, in mancanza, ai farmaci con fascia di prezzo più bassa);
4. di impegnarsi ad aderire alla convenzione che sarà stipulata con la ASL n.6 del Medio Campidano per la regolamentazione delle attività oggetto del progetto.
5. di impegnarsi a collaborare con la ASL nella gestione e nel monitoraggio delle attività previste dal progetto.

Allega alla presente:

* Copia dell’autorizzazione all’esercizio dell’attività;
* Copia di un documento di identità in corso di validità del legale rappresentante.

Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (Timbro della farmacia/parafarmacia)