

**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](mailto: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\i 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\i 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 \_\_\_\_\_