

	Amministrazione destinataria Regione Marche Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
--	--	--

Domanda di attivazione del servizio di consegna farmaci a domicilio

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

CHIEDE

l'erogazione del servizio di consegna farmaci a domicilio

☐	per sè stesso										
☐	per il seguente familiare o tutelato										
	Cognome			Nome			Codice Fiscale				
	Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza				
	Residenza										
	Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										☐	
	In qualità di (*)										

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	

per il seguente motivo										
Motivazione										

