



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU

ALLEGATO 5

FORMAT DI ATTESTAZIONE

Avviso pubblico per la concessione di risorse destinate al consolidamento delle farmacie rurali da finanziare nell'ambito del PNRR, Missione n. 5 "Inclusione e Coesione" – Componente 3: "Interventi speciali per la coesione territoriale" - Investimento 2: Strutture sanitarie di prossimità territoriale – finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU

IL PREFETTO/ IL SINDACO

In base alle risultanze degli atti d'ufficio,

ATTESTA

che l'esercizio commerciale della farmacia denominata _____, codice identificativo univoco

- Partita IVA _____

- Codice fiscale _____

è ubicata in via/piazza _____ n., CAP _____ nella/nel seguente
frazione/centro abitato _____ con popolazione residente pari a numero

Luogo e Data

Firma