



COMUNE DI PONZA

PROVINCIA DI LATINA
COD. FISC. 81004890596

C.A.P. 04027

PIAZZA CARLO PISACANE
TEL. 0771/80108 FAX 0771/820573

Settore Lavori Pubblici

Prot. 01179

AVVISO PUBBLICO

L. 362/91 Art. 6 - Affidamento gestione dispensario farmaceutico stagionale istituito nel Comune di Ponza in località Le Forna - stagione 2016 - 2017 - 2018

Il Comune di Ponza, ottenuta l'autorizzazione alla istituzione del dispensario farmaceutico stagionale in Località Le Forna (giusta Delibera Regionale n° 16 del 27.01.2015) per il periodo 1° maggio al 30 settembre di ogni anno, procederà all'affidamento dello stesso con le seguenti modalità:

1. Soggetti abilitati a presentare le istanze sono i titolari di farmacie, private o pubbliche, del territorio del Comune di Ponza o dei comuni limitrofi.
2. Le istanze devono essere redatte utilizzando l'allegato modulo (Allegato 2), compilato in ogni sua parte e debitamente sottoscritto e consegnato all'Ufficio Protocollo del Comune di Ponza, Piazza Pisacane 4 entro **le ore 13,00 di venerdì 26 febbraio 2016** in busta chiusa, sulla quale deve essere indicata chiaramente la dicitura "Richiesta affidamento gestione dispensario farmaceutico stagionale in località Le Forna - comune di Ponza". Per le istanze che arriveranno all'Amministrazione, oltre tale termine a mezzo del servizio postale, farà fede il timbro postale di spedizione.
3. Apposita Commissione provvederà ad analizzare le istanze e la relativa documentazione e ad individuare il soggetto a cui affidare la gestione del dispensario farmaceutico stagionale.

4. Il Sindaco con proprio decreto provvederà all'assegnazione dell'affidamento della gestione del dispensario farmaceutico, sulla base della distanza più breve, misurata per la via carrozzabile, tra i locali della farmacia di titolarità del concorrente e quella dei locali del dispensario farmaceutico che, convenzionalmente viene individuata nel centro della frazione di Le Forna (zona Chiesa), locali che tuttavia, non sono nella disponibilità dell'Ente Locale.

In caso di rinuncia del titolare della farmacia più vicina la gestione è affidata ai titolari delle farmacie limitrofe che si susseguono in ordine di distanza.

Il termine "Via carrozzabile" è da intendersi come strada percorribile, ai sensi del vigente Codice della Strada, da ordinari mezzi di trasporto pubblici o privati.

5. La Commissione in caso di parità nella distanza spaziale, misurata in base a quanto disposto dal precedente punto 4), procederà ad un pubblico sorteggio tra i farmacisti interessati.

6. E' riconosciuta al farmacista la facoltà, una volta ottenuta l'assegnazione, di individuare la sede del dispensario farmaceutico a lui più consona, purché nell'ambito della frazione di Le Forna.

7. L'affidamento della gestione del dispensario farmaceutico stagionale per la stagione 2016 - 2017 - 2018 sarà disposto con decreto sindacale; Per informazioni è possibile contattare l'Assessore Francesco Ambrosino responsabile dell'Ufficio Lavori Pubblici del Comune di Ponza (tel. 0771 / 80108 e-mail lavoripubblici@comune.ponza.it)

Ponza lì, 11.02.2016.



Il Responsabile del Servizio
Ass.re Francesco Ambrosino

Modello di domanda per l'affidamento della gestione dispensario
farmaceutico stagionale in località Le Forna stagione 2016 - 2017 -
2018

COMUNE DI PONZA
PIAZZA PISACANE
PONZA

Il sottoscritto/a Dott. nato/a a
.....il residente a prov. in
Via..... titolare della farmacia
..... sita presso il Comune di
..... in Via
telefono e_mail..... .

C h i e d e

che gli sia affidata la gestione dell'istituendo dispensario farmaceutico
stagionale in località Le Forna per il periodo 1° maggio - 30 settembre,
per gli anni 2016 - 2017 - 2018.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole
delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del
suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti
al vero, sotto la propria responsabilità

D i c h i a r a:

- ✓ Cognome Nome data di
nascita Comune di nascita prov.
Comune di residenza prov. cap
Via/Piazza n. Telefono
- ✓ Di essere in possesso della cittadinanza italiana;
- ✓ Di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato facente
parte della UE..... e di godere dei diritti civili e politici dello
Stato di appartenenza;
- ✓ Di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di
....., ovvero di non essere iscritto/a o di essere stato/a
cancellato/a per il seguente motivo.....;

- ✓ Di non aver/riportato condanne penali e di non avere/avere procedimenti penali in corso;
- ✓ Di essere iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia didal
- ✓ Di essere titolare della farmacia dal con provvedimento n. del
- ✓ Di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso pubblico e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura di affidamento della gestione del dispensario e degli adempimenti conseguenti;

A u t o c e r t i f i c a :

- ✓ che la distanza fra i locali della farmacia di cui è titolare sopra menzionata ubicata nel Comune di _____ in Via _____ n. _____ ed il centro della frazione di Le Forna (zona convenzionalmente stabilita in via Chiesa), misurata per la via carrozzabile più breve, in base a quanto previsto dall'art. 4 dell'Avviso pubblico, è di km. _____;
- ✓ che le dichiarazioni rese sono documentabili;

e chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente Avviso pubblico venga inviata al seguente recapito:

Cognome Nome
 Via/Piazza n. Cap Città
 Prov. Tel

il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato con raccomandata A.R.

_____ lì , _____

Firma _____

All. fotocopia documento identità in corso di validità