

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ ANNO 2021**  
**(ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)**

OGGETTO: **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà inerente la distribuzione dei colliri**  
**anno 2021**

(TALE DICHIARAZIONE VA SOTTOSCRITTA ED HA VALORE DALL'01-01 2021 AL 31-12-2021)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(C.F.: \_\_\_\_\_), nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, sesso M  F , residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_  
indirizzo mail @ \_\_\_\_\_, genitore del minore  
\_\_\_\_\_, affetto da "Cheratocongiuntivite Vernal", in qualità  
di socio, dell'OdV "Fiori di Vernal"

**DELEGA**

L'Organizzazione di Volontariato "Fiori di Vernal" Onlus, con sede legale in Via Fuortes a Latiano (BR), (C.F.: 93343140724), E-Mail: **fioridivernal@hotmail.it**, a coordinare l'attività di distribuzione dei colliri ogni 21 giorni attraverso:

- a) l'utilizzo di AZIENDE AUTOTRASPORTATRICI SPECIALIZZATE nel trasporto di farmaci a temperatura controllata
- b) la rete di farmacie convenzionate in base a quanto stipulato nella CONVENZIONE DI COLLABORAZIONE TRA I CEF TERRITORIALI, LA NEW COTAFARTI SRL, EVENTUALI NUOVE COOPERATIVE E L'ASSOCIAZIONE FIORI DI VERNAL

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, avvalendosi delle disposizioni in materia di autodichiarazioni e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità:

1. di essere **socio** dell'associazione in quanto **in regola con il pagamento della quota annuale** e di poter pertanto usufruire dei servizi che richiedono l'impegno economico dell'associazione art. 7 del **Regolamento dei Soci ed Utilizzo dei Servizi** deliberato dall'Assemblea dei Soci n 23 del 18-04-2021 (delibera n^4)
2. di conoscere i termini degli accordi e le modalità di distribuzione.

Pertanto, **declina da ogni responsabilità sanitaria, civile e penale**

l'Associazione "Fiori di Vernal"- La Clinica Oculistica del *Policlinico di Bari -il Consorzio Farmaceutico.....*, per l'attività di distribuzione sul **territorio del collirio**.

All'uopo si allega:

- Fotocopia documento d'identità.

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**Firma del Delegante**

\_\_\_\_\_ (ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 445/2000)