

MODULO di DOMANDA – CO-TITOLARI

**Da presentare da parte dei CO-TITOLARI di farmacia assegnata con la
procedura di concorso straordinario e aperta prima dell'anno 2021**

Applicare e annullare
MARCA DA BOLLO
(€ 16,00)

**DOMANDA DI CONTRIBUTO REGIONALE A SOSTEGNO DEI DISPENSARI FARMACEUTICI
PERMANENTI DISAGIATI UBICATI NEL TERRITORIO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**
(DGR n. 797 del 14/05/2024)
ANNO 2024

Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e succ. mod.

Spett.le
Servizio Farmaceutico
Azienda USL di _____
Ambito di _____ (solo per la Romagna, è
necessario specificare Cesena, Forlì, Ravenna o Rimini)

Indirizzo PEC

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
codice fiscale _____,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
codice fiscale _____,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
codice fiscale _____,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
codice fiscale _____,

in qualità di **co-titolari** della farmacia denominata _____

codice identificativo regionale n. _____ P.Iva _____

ubicata in via _____ n. _____ cap. _____

Comune _____ (____)

CHIEDONO

per l'anno per l'anno **2024** il contributo di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 797 del 14/05/2024 "Contributo a sostegno dei dispensari farmaceutici permanenti disagiati ubicati nel territorio della regione Emilia-Romagna".

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste e punite dagli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti,

DICHIARANO

di essere gestore del/i seguente/i dispensario/i farmaceutico/i permanente/i, **attivo/i** al momento della compilazione della domanda e con le caratteristiche specificate:

- **dispensario farmaceutico permanente** ubicato in comune di _____ (____) cap. _____

frazione/località _____

via _____ n. _____, a _____ km

di distanza **(¹)** dalla farmacia più vicina, di seguito indicata:

denominazione _____

ubicata in via _____ n. _____ cap. _____

Comune _____ (____);

- **dispensario farmaceutico permanente** ubicato in comune di _____ (____) cap. _____

frazione/località _____

via _____ n. _____, a _____ km

di distanza **(²)** dalla farmacia più vicina, di seguito indicata:

denominazione _____

ubicata in via _____ n. _____ cap. _____

Comune _____ (____);

(1) La distanza è misurata come distanza da soglia a soglia, con il percorso pedonale più breve risultante da Google Maps.

(2) La distanza è misurata come distanza da soglia a soglia, con il percorso pedonale più breve risultante da Google Maps.

DICHIARANO, ALTRESÌ

- di essere a conoscenza che il contributo può essere concesso solo per dispensari farmaceutici permanenti:
- con orario minimo di apertura definito dal Comune inferiore a 36 ore settimanali;
 - ubicati in frazione/località con popolazione residente, al 01/01/2024, uguale o inferiore a 1.000 abitanti;
- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00. A comprova si indicano i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:
- data e ora di emissione _____
 - identificativo n. _____
- e dichiarano di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda, di aver annullato la stessa, di non utilizzarla per qualsiasi altro adempimento ne richieda l'apposizione e di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli per 5 anni;
- di essere soggetto esentato dall'apposizione della marca da bollo per il seguente motivo:
_____;
- di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo n. 679/2016, che i dati personali raccolti sono trattati in conformità a quanto disposto dall'art. 13 come indicato nella informativa allegata al presente modello, di cui dichiarano di aver preso visione;
 - di essere consapevoli che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000

ALLEGANO ⁽³⁾

- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____
e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);
- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____
e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);

(3) La domanda con firma autografa a cui non sia allegata la fotocopia del documento di riconoscimento è irricevibile, così come se non firmata o spedita oltre il termine previsto o trasmessa con modalità diverse da quella prevista.

- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____
e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);
- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____
e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);

COMUNICANO

- indirizzo PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda

e recapito telefonico _____.

Data

Firma
