

**MODULO di DOMANDA - TITOLARI INDIVIDUALI, SOC. TITOLARI, FARMACIE PUBBLICHE**

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 \_\_\_\_\_,

in qualità di (barrare la casella di interesse <sup>(1)</sup>):

- Sindaco del Comune** di \_\_\_\_\_ **titolare**
- legale rappresentante della **società** denominata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **titolare**
- titolare individuale**

della farmacia <sup>(2)</sup> denominata \_\_\_\_\_  
codice identificativo regionale n. \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_  
ubicata in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**(1)** È necessario barrare una sola delle 3 caselle. Per le farmacie pubbliche il richiedente e quindi il sottoscrittore del modulo di domanda è il Sindaco pro tempore del Comune titolare (**non** il soggetto gestore dell'esercizio farmaceutico). Per le società titolari di farmacia il richiedente e quindi il sottoscrittore del modulo di domanda è il legale rappresentante della società.

**(2)** In caso di Comune titolare di più farmacie o di società titolare di più farmacie, è necessario indicare i dati della farmacia che gestisce il dispensario.

## CHIEDE

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,

## DICHIARA

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 **(<sup>3</sup>)** 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 **(<sup>4</sup>)** dalla farmacia più vicina, di seguito indicata:  
denominazione \_\_\_\_\_  
ubicata in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_);

## DICHIARA, 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;

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

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

di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00. A comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione \_\_\_\_\_
- identificativo n. \_\_\_\_\_

e dichiara 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 informato/a, 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 dichiaro di aver preso visione;
- di essere consapevole 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;

### ALLEGA (5)

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

### COMUNICA

- indirizzo PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda  
\_\_\_\_\_  
e recapito telefonico \_\_\_\_\_

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(5)** 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.