

MODULO DI DOMANDA

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

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DI FARMACISTA TITOLARE DI FARMACIA SOPRANNUMERARIA (art. 2, c. 2 bis, L. 475/1968 e DGR n. 1693/2019) ANNO 2021

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

Spett.le
Servizio Assistenza Territoriale
Regione Emilia-Romagna

Indirizzo PEC
assistentaterritoriale@postacert.regione.emilia-romagna.it

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____,
in qualità di **titolare individuale** della farmacia **non sussidiata**¹ denominata _____

ubicata in via _____ n. _____ cap. _____
Comune _____ (____), compreso
nell'elenco dei comuni individuati con determinazione n. 4327 del 12/03/2021 del Responsabile del
Servizio Assistenza Territoriale della Regione Emilia-Romagna

CHIEDE

ai sensi dell'art. 2, comma 2 bis, della L. 475/1968 e in conformità a criteri e modalità stabiliti con
deliberazione della Giunta Regionale n. 1693 del 14/10/2019, **il trasferimento nella/e sede/i
farmaceutica/che disponibile/i per il privato esercizio di seguito contrassegnata/e con un
numero da "1" a "4", indicando con "1" il grado di preferenza più elevato:**

¹ La farmacia deve risultare non sussidiata alla data di presentazione della domanda.

SEDE FARMACEUTICA DISPONIBILE	ORDINE DI PREFERENZA
BO – COMUNE DI CASTIGLIONE DEI PEPOLI SEDE N. 2 RURALE, VACANTE Sede non di nuova istituzione, già aperta in passato, soggetta a possibile pagamento indennità avviamento (art. 110 TULLSS)	
BO – COMUNE DI PIANORO SEDE N. 4 RURALE, RURALE, VACANTE	
MO – COMUNE DI CASTELFRANCO EMILIA SEDE N. 10 URBANA, DI NUOVA ISTITUZIONE	
PR – COMUNE DI PARMA SEDE N. 59 URBANA, DI NUOVA ISTITUZIONE	

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 consapevole che la scelta delle sedi e l'ordine di preferenza espresso non possono essere modificati e che l'omessa indicazione di almeno una sede comporta l'invalidità della domanda;
- di essere titolare della farmacia denominata _____
a far data dal _____ ;
- 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 dichiara 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 con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000;

ALLEGA

- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità (non necessario se la domanda è sottoscritta con firma digitale certificata);

COMUNICA

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

_____ e recapito telefonico _____ .

Data

Firma
