

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 e DGR n. 394 del 24/03/2025)

ANNO 2025

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 ⁽¹⁾):

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

della farmacia ⁽²⁾ 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 **2025** il contributo di cui alle deliberazioni della Giunta Regionale n. 797 del 14/05/2024 (contributo a sostegno dei dispensari farmaceutici permanenti) e n. 394 del 24/03/2025 (riparto stanziamento destinato a farmacie rurali e dispensari).

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 **(³)** 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 **(⁴)** 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 01/01/2025, uguale o inferiore a 1.000 abitanti;
 - ubicati ad una distanza maggiore o uguale a 5 km rispetto alla farmacia più vicina;

(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 _____
- a meri fini statistici, che la farmacia o l'insieme delle farmacie di cui è titolare/legale rappresentante il richiedente rientra nella definizione di:

Microimpresa

Piccola Impresa

Media Impresa

ai sensi della definizione contenuta nell'Allegato I del Regolamento (UE) 651/2014 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=celex%3A32014R0651>).

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.