

**MODULO di DOMANDA – CO-TITOLARI**

**Da presentare da parte dei CO-TITOLARI di farmacia assegnata con  
la procedura di concorso straordinario**

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 \_\_\_\_\_,

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 **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,

### 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 **(<sup>1</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>2</sup>)** 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 01/01/2025, uguale o inferiore a 1.000 abitanti;
  - ubicati ad una distanza maggiore o uguale a 5 km rispetto alla farmacia più vicina;
- 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 <sup>(3)</sup>

- 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 \_\_\_\_\_.

- a meri fini statistici, che la farmacia di cui sono co-titolari i richiedenti 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_