

## 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 2025

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

Spett.le  
Area Governo del Farmaco e dei dispositivi medici  
Regione Emilia-Romagna

Indirizzo PEC  
[segrosp@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:segrosp@postacert.regione.emilia-romagna.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
in qualità di **titolare individuale** della farmacia **non sussidiata**<sup>1</sup> denominata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.  
ubicata in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), compreso  
nell'elenco dei comuni individuati con determinazione n. 3432 del 18/02/2025 della Responsabile  
dell'Area Governo del Farmaco e dei dispositivi medici 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" fino al numero massimo di "3", indicando con "1" il grado di preferenza più elevato:**

<sup>1</sup> La farmacia deve risultare non sussidiata alla data di presentazione della domanda.

SEDE FARMACEUTICA DISPONIBILE	ORDINE DI PREFERENZA
PC – CORTE BRUGNATELLA SEDE N. 1 - RURALE Sede non di nuova istituzione, già aperta in passato, soggetta a possibile pagamento indennità avviamento (Art. 110 TULLSS)	
PR – NOCETO SEDE N. 4 – DA CLASSIFICARE ALL’APERTURA DELL’ESERCIZIO	
RN – MISANO ADRIARICO SEDE N. 4 – RURALE	

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

\_\_\_\_\_