

BOLLO
Euro
16,00

Preg.mo Direttore Generale Aulss 9 Scaligera
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Autorizzazione e Vigilanza Farmacie e
Magazzini Farmaceutici
protocollo.aulss9@pecveneto.it

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Domiciliato/a a _____ (____)

In via/piazza _____

Codice fiscale _____

Titolare/direttore/gestore provvisorio della Farmacia Rurale _____

Sita in via/piazza _____ Comune di _____ (____) sede n° _____

Autorizzata all'esercizio con provvedimento n° _____ in data _____

Del _____

Specificare l'autorità che ha rilasciato il provvedimento

Fa istanza

Affinché gli venga concessa l'indennità di residenza per il biennio _____ ai sensi della
legge 08/03/1968 n. 221 e 05/03/1973 n. 40.

Provvede pertanto ad allegare:

- 1) **dichiarazione del/la sottoscritto/a attestante che la farmacia/dispensario è aperto**
- 2) **copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità**

Con osservanza

Timbro e firma per esteso

Data _____

In caso di invio dell'istanza tramite PEC:

- qualora il richiedente sia in possesso dell'Autorizzazione dall'Agenzia delle Entrate, l'imposta di bollo può essere assolta in modo virtuale, indicando sugli atti e documenti il modo di pagamento e gli estremi della citata Autorizzazione, ai sensi dell'art. 35 del DPR 642/1972;

- in assenza della predetta autorizzazione, deve essere resa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47, D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.) in cui il richiedente attesta di aver assolto al pagamento dell'imposta in questione indicando tutti i dati relativi all'identificativo della marca. Tale dichiarazione deve essere corredata da copia del documento di identità del dichiarante (mod. 1).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ (____)

Via/piazza _____

Cod.fisc. _____

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA

Che la farmacia/dispensario _____ di cui è titolare/direttore/ gestore provvisorio è aperta/o.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata assieme alla fotocopia, non autentica di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, via telematica, oppure a mezzo posta.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Il dichiarante _____ (firma)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000e s.m.i., n. 445**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____

Titolare/Legale Rapp./Direttore resp. della ditta/società _____

con sede legale in _____ via _____ n. _____

P.Iva _____

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- 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. _____
- di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
- di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli da parte della AULSS 9 Scaligera.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata assieme alla fotocopia, non autentica di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, via telematica, oppure a mezzo posta.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Il dichiarante _____ (firma)