

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/legale rappresentante/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 8/3/1968 n. 221, legge n.40 del 5/3/1973 e dell'Accordo Collettivo Nazionale del 6.3.2025

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

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Timbro e firma per esteso

Data _____

In caso di invio dell'istanza tramite PEC 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 / legale rappresentante / 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.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

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. 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.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____

Il dichiarante _____ (firma)