

BOLLO  
Euro  
16,00

**SPETT.LE AULSS 9**  
**UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale**  
**UOS Gestione Giuridica Amministrativa**  
**delle Strutture**  
**protocollo.aulss9@pecveneto.it**

OGGETTO : Istanza di riconoscimento del trasferimento di titolarità e autorizzazione all'esercizio

La/Il sottoscritto/a dr./ssa ..... nata/o a ..... il ..... C.F.  
..... residente a ..... via ..... n ..... titolare  
dell'impresa individuale .....

**CHIEDE**

( ) Il riconoscimento del trasferimento di titolarità e l'autorizzazione alla gestione della Farmacia  
..... e della connessa azienda commerciale ubicata in via ....., Comune di  
..... (VR), all'impresa individuale .....  
con sede legale in via ..... Partita Iva/Codice Fiscale .....  
L'esercizio farmaceutico sarà aperto sotto l'insegna .....

( ) (Se farmacia rurale sussidiata), il riconoscimento al sottoscritto dell'indennità di residenza della Farmacia  
....., dalla data di decorrenza del trasferimento di titolarità;

Il/La/I sottoscritto/a/i è/sono pienamente a conoscenza delle penali responsabilità derivanti da mendaci dichiarazioni, come sopra riportate, nonché della conseguente cessazione del procedimento e di qualsiasi altro eventuale beneficio ad esso collegato o derivante da eventuali provvedimenti emanati dall'Azienda in virtù di falsa dichiarazione.

Dichiaro/no di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 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.

(luogo) (data)  
\_\_\_\_\_

firma del titolare

\_\_\_\_\_

Allegati: modulo n.

\* se trasmessa via pec allegare il modulo 10

## Documentazione da allegare all'istanza

1. Copia delle ricevute comprovanti l'avvenuto versamento della tassa di concessione regionale per l'apertura e l'esercizio di farmacie nella misura di **Euro .....**, della tassa annuale di ispezione regionale nella misura di **Euro .....** e dell'eventuale contributo annuo previsto per le farmacie non rurali di **Euro .....** che deve essere eseguito a mezzo bonifico bancario presso banca Unicredit Spa codice IBAN IT 41 V 02008 02017 000100537110, intestato a Regione Veneto - B.P. Tassa CC.RR. - Servizio Tesoreria.
2. L'istanza per il rilascio del provvedimento di riconoscimento del trasferimento va presentata dopo:
  - a) aver stipulato l'atto notarile di compravendita;
  - b) aver eliminato le eventuali cause di incompatibilità;
  - c) aver compilato tutta la documentazione allegata.
3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione, art. 46 D.P.R. 445/2000 e s.m.i, comprovante la cittadinanza, l'iscrizione all'Albo Provinciale dei Farmacisti con estremi di Laurea e Abilitazione, idoneità alla titolarità, la propria posizione nei confronti di casellario giudiziale e carichi pendenti (mod. n. 1).
4. Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia, art. 46 D.P.R. 445/2000 e s.m.i (mod. n. 2).
5. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (mod. n. 3).
6. **Copia conforme, in marca da bollo da € 16.00**, dell'atto notarile di trasferimento, riportante gli estremi di registrazione;
7. Copia della visura camerale aggiornata o dichiarazione sostitutiva (mod. 5).
8. Comunicazione in carta semplice del: nominativo dell'intestatario del conto corrente, indicazione dell'ISTITUTO BANCARIO (Filiale/Agenzia/Città) e del IBAN (per gli accrediti mensili della farmaceutica convenzionata, assistenza integrativa regionale, servizio distribuzione per conto), indirizzo mail, pec, n. di telefono e fax della farmacia (mod. n. 6).
9. Comunicazione a firma del titolare degli addetti farmacisti presenti durante l'attività lavorativa in farmacia (mod. n. 7).
10. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale.
11. N. 1 registro stupefacenti conforme al modello approvato con D.M. del 20.04.1976 per la vidimazione.
12. Proposta di articolazione orario obbligatorio della farmacia, vedi regolamento provinciale farmacie (mod. n. 8).
13. Ampliamento facoltativo orario farmacia (mod. n. 9).

• *in caso di invio dell'istanza tramite PEC:*

Dimostrazione dell'assolvimento dell'**imposta di bollo di € 16,00 (sedici)** sulle istanze presentate mediante servizio di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.). Al fine della dimostrazione dell'assolvimento dell'**imposta di bollo di € 16,00 (sedici)** sulle istanze di rilascio di provvedimenti amministrativi presentate all'UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale, UOS Gestione Giuridica Amministrativa delle Strutture dell' Aulss 9 Scaligera mediante servizio di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.), si informa che:

- 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 in cui il richiedente attesta, sotto la propria personale responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000, 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 **(modulo 10)**.

La domanda in originale, recante la marca da bollo annullata, deve essere conservata agli atti del richiedente per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

**N.B. Il registro stupefacenti di cui al punto 11 va inviato con posta ordinaria/raccomandata AR o consegnato a mano all'indirizzo sotto riportato.**

**UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale**  
**UOS Gestione Giuridica Amministrativa delle Strutture**  
**Via Salvo D'acquisto 7 - 37122**  
**Verona**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ 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**

Di essere cittadino \_\_\_\_\_ e di essere in possesso dei diritti civili e politici;

di essere iscritto all' Albo dei farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

di aver conseguito la laurea in \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_;

di aver conseguito l'abilitazione professionale presso l'Università di \_\_\_\_\_, sessione di \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;

di essere in possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 della legge 475/1968 e s.m.i. in quanto  
(*barrare la voce che interessa*):

essere risultato idoneo in un precedente concorso, nell'anno \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_;

avere almeno due anni di pratica professionale, in qualità di \_\_\_\_\_ presso la/e farmacia/e dell'Aulss n. \_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_,

di aver  non aver riportato condanne penali (*barrare la voce che non interessa*);

di essere  non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali (*barrare la voce che non interessa*).

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 e s.m.i. 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 DI CERTIFICAZIONE**  
**ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/La sottoscritto/a (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, cod.fisc. \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ titolare dell'impresa (*indicare la denominazione*) \_\_\_\_\_ avente la sede in \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del DPR 445/00;

**DICHIARA**

**che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136". .**

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) 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

\_\_\_\_\_ firma del dichiarante

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ 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**

**Quale titolare:**

- Di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 12 - 13 della legge 2 aprile 1968 n. 475 e s.m.i.;
- Di non essere incompatibile ai sensi dell'artt. 102 e 112 del R.D. 27/07/1934 n. 1265 e s.m.i.;
- Di non essere incorso in condanna comportante l'interdizione, perpetua o temporanea da pubblici uffici ovvero l'interdizione alla professione, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 475/1968 e s.m.i.;

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 DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI  
COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO AGRICOLTURA**  
(resa ai sensi dell'art. 46 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di  
documentazione amministrativa n. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a.....nato/a .....il .....

in qualità di titolare

**DICHIARA**

che l'Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese di

con il numero Repertorio Economico Amministrativo

Denominazione:

Forma giuridica:

Sede:

Codice Fiscale:

Data di costituzione:

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE  
Numero componenti in carica:

COLLEGIO SINDACALE  
Numero sindaci effettivi:

Numero sindaci supplenti

OGGETTO SOCIALE

**TITOLARI DI CARICHE O QUALIFICHE**

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA	RESIDENZA

**EVENTUALI DIRETTORI TECNICI**

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA	RESIDENZA

**SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI**

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA	RESIDENZA

**SEDI SECONDARIE E UNITA' LOCALI**

--

Dichiara, altresì, che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Titolare

Il/La sottoscritto/a.....nato/a .....il .....

in qualità di titolare dell' impresa

**COMUNICA**

P. IVA

COD. FISCALE

N. TELEFONO  FAX

MAIL  PEC

( ) Gli estremi del conto corrente bancario dedicato sul quale l'Aulss 9 Scaligera dovrà effettuare i pagamenti relativi alla farmaceutica Convenzionata, all'Assistenza Integrativa e al Servizio Distribuzione farmaci per conto:

IBAN IT

BANCA D'APPOGGIO

AGENZIA/FILIALE:

LE GENERALITA' E IL CODICE FISCALE DELLE PERSONE DELEGATE AD OPERARE SU DI ESSO:

( ) Di aver ceduto il credito vantato nei confronti dell'Aulss Scaligera derivante dalle distinte mensili,relative alla farmaceutica Convenzionata, all'Assistenza Integrativa e al Servizio Distribuzione farmaci per conto:

ALLA SOCIETA'

Mi impegno a comunicare ogni eventuale variazione dei dati trasmessi, del predetto conto corrente e dei soggetti autorizzati ad operare su di esso.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03.

DATA \_\_\_\_\_-

TIMBRO E FIRMA

\_\_\_\_\_



Il sottoscritto Dott. .... titolare della  
Farmacia ..... con sede in ..... via .....n...  
comunica a codesta ASL che a partire dal .....

presso la succitata Farmacia,  presta la propria opera professionale il/la  
 non presta più

Dott./ssa.....nato/a a ..... il .....

iscritto/a all' Albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di ..... al n. ....

dal .....

Il succitato/a dott. .... svolge la propria opera professionale in qualità di  
Farmacista collaboratore: (barrare la casella interessata)

praticante (volontario)

dipendente a tempo pieno/ n. ore settimanali .....

dipendente a tempo parziale/n. ore settimanali .....

altre forme di collaborazione .....(specificare se  
libero-professionale, impresa familiare, associazione in partecipazione, ecc., a tempo pieno o tempo  
parziale e il numero di ore settimanali )

**Nota Bene: nei casi in cui si renda difficoltoso programmare le presenze del farmacista in libera professione, l'orario effettivamente svolto potrà essere comunicato a fine mese specificando i giorni di effettiva presenza e le ore prestate. In caso di cessazione del rapporto con il farmacista in libera professione dovrà essere data tempestiva comunicazione.**

**Allegati:**

- n. 1 dichiarazione sostitutiva di certificazione del collaboratore di iscrizione all'Albo Professionale;

DATA..... TIMBRO E FIRMA .....

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

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 e s.m.i.

### DICHIARA

Di aver conseguito la Laurea in \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

Di aver conseguito l'abilitazione professionale presso l'Università di \_\_\_\_\_ nell' anno \_\_\_\_\_ sessione \_\_\_\_\_;

Di essere iscritto all'Albo dei farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 e s.m.i. 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)

Oggetto:  Proposta di articolazione dell'orario obbligatorio di apertura della farmacia.  
 Richiesta variazione della mezza giornata di riposo settimanale

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, titolare della Farmacia \_\_\_\_\_ cod \_\_\_\_\_, chiede di poter effettuare il seguente orario di apertura:

1) Distribuzione delle 40 ore settimanali obbligatorie (orario base: 9-12 e 16-19 dal lunedì al venerdì, 9-12 il sabato, 7 ore sett. da suddividere nell'arco della settimana) ai sensi dell'art. 1 comma 2 del Regolamento provinciale del servizio delle farmacie aperte al pubblico.

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 lunedì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 martedì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 mercoledì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 giovedì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 venerdì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 sabato: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

In caso di diversa articolazione delle 7 ore obbligatorie ad es. periodo estivo - invernale:

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 lunedì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 martedì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 mercoledì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 giovedì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 venerdì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 sabato: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**N.B. Si precisa che l'articolazione degli orari obbligatori approvata dal Direttore Generale rimarrà invariata fino ad eventuale nuova richiesta da presentare entro il 31 ottobre di ogni anno con entrata in vigore il 1° gennaio dell'anno successivo.**

2) Ai sensi dell'art. 2 e 8 (\*) del Regolamento provinciale del servizio delle farmacie aperte al pubblico (condizioni territoriali topografiche particolari) chiedo di poter effettuare la mezza giornata di riposo il: \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

In attesa di un Vs. provvedimento, porgo cordiali saluti.

Data, \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

(\*solo in caso di deroga al riposo settimanale)

Si esprime parere favorevole/contrario

IL SINDACO

\_\_\_\_\_

- Oggetto:  Comunicazione ampliamento orario di apertura (oltre l'orario obbligatorio già comunicato)  
 Comunicazione apertura "straordinaria" (festività domenicali – infrasettimanali, Santo Patrono)  
 Modifica all'orario di ampliamento della farmacia.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, Titolare della Farmacia

\_\_\_\_\_, comunica:

- ai sensi dell'art. 11, comma 8, del d. l. n. 1/2012 convertito dalla l. n. 27/2012 e dell'art. 1, comma 4, del "Regolamento provinciale del servizio delle farmacie aperte al pubblico", di ampliare l'orario di apertura della Farmacia:

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con il seguente orario:

lunedì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

martedì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

mercoledì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

giovedì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

venerdì: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

sabato: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

domenica dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

- ai sensi dell'art. 1 comma 3 del "Regolamento provinciale del servizio delle farmacie aperte al pubblico", che la Farmacia rimarrà aperta:

il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

N.b. Le comunicazioni sono da effettuarsi con un ragionevole anticipo
---

Cordiali saluti.

Data,

Timbro e Firma Titolare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 impresa/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.

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)