

(in carta semplice)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

**Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
amministrativa**

Addì _____ del mese di _____ dell'anno _____

Il/la sottoscritt _____

nat__ a _____ il _____

Residente

in _____ via/piazza _____ n. _____

D I C H I A R A

Sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza di quanto disposto dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e dall'art. 495 del C.P.

Che la sede farmaceutica sita

in _____

**e l'eventuale dispensario sito in _____ in locali messi a
disposizione dal Comune (solo per il/i dispensario/i) SI NO**

gestita/i dal sottoscritto

dott. _____

è/sono regolarmente aperta/i al pubblico.

Esente da imposta di bollo ai sensi degli artt. 37 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e art. 14 tab. B DPR 642/72

IL /LA DICHIARANTE

N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL SOTTOSCRITTORE IN CORSO DI VALIDITA'

Istruzioni per la consegna e il pagamento della marca da bollo:

<i>Modalità di consegna</i>	
ORIGINALE CONSEGNATO A MANO	Marca da bollo apposta sulla richiesta nello spazio dedicato
ORIGINALE CONSEGNATO A MEZZO DI RACCOMANDATA R.R.	Marca da bollo apposta sulla richiesta nello spazio dedicato
CONSEGNA A MEZZO <i>P.E.C.: asfo.protgen@certsanita.fvg.it</i>	<p><u>NON APPORRE MARCA DA BOLLO SUL MODULO</u></p> <p><u>Bollo virtuale:</u> Effettuare il versamento di € 16,00 mediante bonifico a favore di ASFO: Conto Contabilità Speciale di TESORERIA unica c/o BANCA INTESA SANPAOLO Servizio Tesoreria IBAN: IT 29 C 03069 12344 100000046102</p> <p>CAUSALE DEL VERSAMENTO: "<u>RIMBORSO BOLLO INDENNITA' RESIDENZA</u>"</p> <p>copia del bonifico deve <u>essere allegata alla domanda</u></p> <p><u>NON CONSEGNARE L'ORIGINALE</u> <i>(fa fede la domanda trasmessa a mezzo PEC)</i></p>