

**Allegato C** (schema di domanda)

Regione Lazio  
Direzione Regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria  
Area Farmaci e Dispositivi  
Pec: politicadelfarmaco@pec.regione.lazio.it

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico di selezione per l'assegnazione per decentramento di sedi farmaceutiche del comune di Roma Capitale**

Il/La sottoscritto/a (cognome) .....  
(nome) ..... nato/a a ..... (...)  
il ..... C.F. ....  
residente a ..... (...)  
in Via .....  
Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): .....  
Recapito telefonico .....

**CHIEDE**

di essere ammesso\_\_\_\_\_ a partecipare all'Avviso pubblico di selezione per l'assegnazione per decentramento di sedi farmaceutiche del comune di Roma Capitale.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. del medesimo, in caso di falsità contenute in dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà, sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione,

**DICHIARA:**

- 1) di essere titolare della sede farmaceutica n..... del comune di Roma Capitale;
- 2) che il fatturato della propria farmacia nei tre anni presi in esame (dal 1.1.2022 al 31.12.2024) è stato il seguente:

**FATTURATO S.S.N.**

come di seguito specificato in considerazione delle modifiche introdotte dalla Legge di Bilancio 2024 (Legge 30 dicembre 2023, n. 213)

- **Fino al mese di febbraio 2024**, il fatturato netto SSN deve essere rilevato dalla **Distinta Riepilogativa Contabile (DCR) – rigo 11, colonna “Netto”**;
- **A decorrere da marzo 2024 il dato corretto deve essere rilevato dal rigo 12, colonna “Netto” della DCR.**

	2022	2023	2024
Gennaio			
Febbraio			
Marzo			
Aprile			
Maggio			
Giugno			
Luglio			
Agosto			
Settembre			
Ottobre			
Novembre			
Dicembre			
Totale per anno			

3) che l'incasso contanti della propria farmacia nei tre anni presi in esame (dal 1.1.2022 al 31.12.2024) è stato il seguente:

**INCASSO CONTANTI – da Registro Telematico dei Corrispettivi con esclusione dell'I.V.A.**

	2022	2023	2024
Gennaio			
Febbraio			
Marzo			
Aprile			
Maggio			
Giugno			
Luglio			
Agosto			
Settembre			
Ottobre			
Novembre			
Dicembre			
Totale per anno			

- 4) (EVENTUALE) di essere sottoposto a sfratto dei locali adibiti a farmacia ai sensi della legge 23 maggio 1950, n. 253, art. 35 con provvedimento del Sindaco n. .... del..... ;
- 5) di consentire il trattamento e l'utilizzo dei dati personali nel rispetto della normativa vigente in materia.

Il sottoscritto dichiara altresì di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente procedura presso il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):  
..... e di essere contattabile al seguente recapito telefonico .....

Si allegano alla domanda:

1) copia fotostatica di documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma (\*)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

(\*) ATTENZIONE: ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000, la sottoscrizione delle istanze non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia di un documento di identità.