

MODULO DI DOMANDA

Applicare e annullare
MARCA DA BOLLO
(€ 16,00)

DOMANDA DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLE FARMACIE RURALI
(art. 21, co. 2, L.R. n. 2/2016, così come sostituito dall'art. 33 L.R. n. 25/2016)
ANNO 2017

Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e succ. mod.

Spett.le
Servizio Farmaceutico
Azienda USL di _____
Ambito di _____ (solo per la Romagna, è
necessario specificare Cesena, Forlì, Ravenna o Rimini)

Indirizzo PEC

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____ codice
fiscale _____, titolare della farmacia **RURALE** denominata

codice identificativo regionale n. _____ P.Iva _____
ubicata in via _____ n. _____ cap. _____
Comune _____ (____)

in qualità di (barrare la casella di interesse ⁽¹⁾):

- titolare individuale
- legale rappresentante della società titolare denominata _____

- Sindaco del Comune di _____

CHIEDE

che gli sia concesso per l'anno 2017 il contributo di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 521 del 20/04/2017 "INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI E DELLE MODALITÀ PER SOSTENERE LE FARMACIE RURALI MEDIANTE CONTRIBUTI REGIONALI. ATTUAZIONE DELL'ART. 21, COMMA 2, L.R. N. 2/2016, COSÌ COME SOSTITUITO DALL'ART. 33 L.R. N. 25/2016".

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste e punite dagli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti

DICHIARA

- che per l'anno 2016 è stato titolare della sola farmacia per la quale richiede il contributo
oppure
- che per l'anno 2016 è stato titolare/legale rappresentante di Società titolare anche (specificare):
- di dispensario farmaceutico ubicato a _____ in via _____;
 - di farmacia succursale ubicata a _____ in via _____;
 - di altra farmacia denominata _____ ubicata a _____ in via _____ codice identificativo regionale n. _____;
 - di altra farmacia denominata _____ ubicata a _____ in via _____ codice identificativo regionale n. _____;
 - di altra farmacia denominata _____ ubicata a _____ in via _____ codice identificativo regionale n. _____;
- di aver acquisito la titolarità della farmacia per la quale si richiede il contributo nel corso del 2016, a far data dal _____;
- che il volume di affari complessivo della farmacia⁽²⁾ in base alla dichiarazione IVA 2017, per l'anno d'imposta 2016, presentata presso l'Agenzia delle Entrate, ammonta ad Euro _____ (_____);
in cifre (e in lettere)
- che il volume di affari complessivo della farmacia si riferisce al periodo di apertura⁽³⁾ dal _____ al _____;
- (per titolari individuali della farmacia per la quale si richiede il contributo) di aver acquisito la titolarità della farmacia nell'anno _____;
- (per società titolari della farmacia per la quale si richiede il contributo) di aver acquisito, negli anni 2015, 2016 e 2017 la titolarità delle seguenti farmacie (solo in caso di acquisizione, indicare denominazione della farmacia e anno di acquisizione della rispettiva titolarità)

_____;

DICHIARA, ALTRESÌ

- 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. _____
- e dichiara di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda, di aver annullato la stessa, di non utilizzarla per qualsiasi altro adempimento ne richieda l'apposizione e di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli per 5 anni;

di essere soggetto esentato dall'apposizione della marca da bollo per il seguente motivo:
_____;

- ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del DLgs. 196/2003, di essere informato che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla presente procedura di concessione di contributo alle farmacie rurali in attuazione dell'art. 21, comma 2, L.R. n. 2/2016, in modo lecito e secondo correttezza e secondo i principi della pertinenza, completezza e non eccedenza rispetto alla finalità sopra indicata, a salvaguardia dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003;
- di essere consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000

ALLEGA

- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____ e
in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio inerente i contributi "de minimis" eventualmente concessi all'impresa richiedente nell'esercizio fiscale in corso nonché nei due esercizi precedenti ⁽⁴⁾;

COMUNICA

- indirizzo PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda

e recapito telefonico _____.

Data

Firma

NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA

- (1) E' necessario barrare una sola delle 3 caselle. Per le farmacie pubbliche il titolare è il Sindaco *pro tempore* del Comune richiedente. Per le società titolari di farmacia, il richiedente è il legale rappresentante della società.
- (2) Il volume d'affari ai fini IVA è quello riportato nel rigo VE50 della dichiarazione IVA 2017, per l'anno d'imposta 2016, presentata all'Agenzia delle Entrate, con scadenza 28/02/2017, tenendo presente quanto segue:
 - a) per le farmacie nelle quali sono presenti succursali o dispensari farmaceutici, i relativi volumi d'affari ai fini IVA, concorrono alla formazione del volume d'affari complessivo;

- b) per le società **TITOLARI DI PIÙ FARMACIE** e per le **FARMACIE PUBBLICHE** che non abbiano optato per contabilità separate, il legale rappresentante dovrà allegare alla domanda la documentazione necessaria a dimostrare contabilmente il volume d'affari della farmacia rurale di cui si richiede il contributo, indicato nel modulo di domanda;
- (3) Da compilare solo nel caso in cui la farmacia sia stata aperta per un periodo inferiore all'anno solare nell'anno **2016** (variazione di titolarità);
- (4) La dichiarazione sostitutiva di atto notorio inerente i contributi "de minimis" eventualmente concessi all'impresa richiedente deve essere obbligatoriamente compilata e allegata alla domanda, anche nel caso in cui l'impresa non abbia beneficiato di tali contributi.