

MODULO DI DOMANDA

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

DOMANDA DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLE FARMACIE RURALI (art. 21, c. 2, L.R. n. 2/2016, così come sostituito dall'art. 33 L.R. n. 25/2016) ANNO 2018

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 _____,

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

- titolare individuale
- legale rappresentante della società titolare denominata _____

- Sindaco del Comune di _____ titolare

della farmacia **RURALE** denominata _____
codice identificativo regionale n. _____ P.Iva _____
ubicata in via _____ n. _____ cap. _____
Comune _____ (____)

(1) E' necessario barrare una sola delle 3 caselle. Per le farmacie pubbliche il titolare è il Sindaco *pro tempore* del Comune richiedente (non il soggetto gestore dell'esercizio farmaceutico). Per le società titolari di farmacia, il richiedente è il legale rappresentante della società.

CHIEDE

per l'anno **2018** il contributo di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 540 del 16/04/2018 "Criteri e modalità per sostenere le farmacie rurali mediante contributi regionali, in attuazione dell'art. 21, comma 2, L.R. n. 2/2016, così come sostituito dall'art. 33 L.R. n. 25/2016. Rimodulazione dei criteri stabiliti con delibera di Giunta regionale n. 521/2017".

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 **2017** è stato titolare della sola farmacia per la quale richiede il contributo
oppure

che per l'anno **2017** 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
2017, a far data dal _____;

che il volume di affari complessivo della farmacia⁽²⁾ in base alla dichiarazione IVA 2018, per l'anno d'imposta 2017, 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 _____;

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 né 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

(2) Il volume d'affari ai fini IVA è quello riportato nel rigo VE50 della dichiarazione IVA 2018, per l'anno d'imposta 2017, presentata all'Agenzia delle Entrate, con scadenza 30/04/2018, tenendo presente quanto segue:

- 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;
- 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 **2017** (variazione di titolarità).

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” conforme al modello allegato all'**AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO ALLE FARMACIE RURALI (art. 21, c. 2, L.R. n. 2/2016) - ANNO 2018⁽⁴⁾**;

COMUNICA

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

e recapito telefonico _____
.

Data

Firma

(4)La dichiarazione sostitutiva di atto notorio inerente i contributi “de minimis” deve essere obbligatoriamente compilata e allegata alla domanda, anche in caso di assenza di contributi.