MODULO DI DOMANDA – CO-TITOLARI

Da presentare da parte dei CO-TITOLARI di farmacia assegnata con la procedura di concorso straordinario e aperta prima dell'anno 2018

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 2019**

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 _____,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
codice fiscale _____,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
codice fiscale _____,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
codice fiscale _____,

in qualità di **co-titolari** della farmacia **RURALE** denominata _____

codice identificativo regionale n. _____ P.Iva _____

ubicata in via _____ n. _____ cap. _____

Comune _____ (_____)

CHIEDONO

per l'anno **2019** il contributo di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 494 del 01/04/2019 "Criteri 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. 540/2018".

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

DICHIARANO

- che per l'anno **2018** sono stati co-titolari della sola farmacia per la quale richiedono il contributo

oppure

- che per l'anno **2018** sono stati co-titolari anche (specificare):

- di **dispensario** farmaceutico ubicato a
_____ in via
_____;

- di **farmacia succursale** ubicata a
_____ in via
_____;

- che il volume di affari complessivo della farmacia ⁽¹⁾ in base alla dichiarazione IVA 2019, per l'anno d'imposta 2018, presentata presso l'Agenzia delle Entrate, ammonta ad Euro _____ (_____);
in cifre (e in lettere)

(1) Il volume d'affari ai fini IVA è quello riportato nel rigo VE50 della dichiarazione IVA 2019, per l'anno d'imposta 2018, presentata all'Agenzia delle Entrate, con scadenza 30/04/2019, 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;
- In tutti i casi in cui il **Quadro VE** della dichiarazione IVA si riferisca **anche altre attività** oltre alla farmacia per la quale si presenta domanda, i co-titolari, che non abbiano optato per contabilità separate, **dovranno 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.

- di essere co-titolari di farmacia assegnata con la procedura di concorso straordinario e aperta prima dell'anno 2018;

DICHIARANO, ALTRESÌ

- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00. A comprova si indicano i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione _____
- identificativo n. _____

e dichiarano 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:
_____;

- di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo n. 679/2016, che i dati personali raccolti sono trattati in conformità a quanto disposto dall'art. 13 come indicato nella informativa allegata al presente modello, di cui dichiarano di aver preso visione;
- di essere consapevoli 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

ALLEGANO

- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____
da _____ e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);
- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____
da _____ e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);
- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____

da _____ e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);

- 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 predisposto per i co-titolari e 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 2019 ⁽²⁾**;

COMUNICANO

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

e recapito telefonico _____
.

Data

Firma

(2) 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.**