

**MODULO DI DOMANDA- TITOLARI INDIVIDUALI, SOC. TITOLARI, FARMACIE PUBBLICHE**

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 \_\_\_\_\_,

in qualità di (barrare la casella di interesse <sup>(1)</sup>):

- Sindaco del Comune** di \_\_\_\_\_ **titolare**
- titolare individuale**
- legale rappresentante della **società titolare** denominata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

## CHIEDE

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

## DICHIARA

che per l'anno **2018** è stato titolare della sola farmacia per la quale richiede il contributo  
oppure

che per l'anno **2018** 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 2018, a far data dal \_\_\_\_\_;

- che il volume di affari complessivo della farmacia <sup>(2)</sup> 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)
- che il volume di affari complessivo della farmacia si riferisce al periodo di apertura <sup>(3)</sup> dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- di essere titolare di farmacia assegnata con la procedura di concorso straordinario e aperta prima dell'anno 2018;

### 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:  
\_\_\_\_\_;

- di essere informato/a, 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 dichiaro di aver preso visione;
- 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

---

**(2)** 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 ed in particolare per le società titolari di più farmacie e per le farmacie pubbliche che non abbiano optato per contabilità separate, il titolare/ 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 2018

## 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 2019 (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**.