

**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 2019**

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 2020**

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 **2020** 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 **2019** sono stati co-titolari della sola farmacia per la quale richiedono il contributo

oppure

- che per l'anno **2019** 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 2020, per l'anno d'imposta 2019, presentata presso l'Agenzia delle Entrate, ammonta ad Euro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_);  
in cifre (e in lettere)

- di essere co-titolari di farmacia assegnata con la procedura di concorso straordinario e aperta prima dell'anno 2019;

---

**(1)** Il volume d'affari ai fini IVA è quello riportato nel rigo VE50 della dichiarazione IVA 2020, per l'anno d'imposta 2019, presentata all'Agenzia delle Entrate, con scadenza 30/06/2020, 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

## 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 relativa all'impresa 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 2020 <sup>(2)</sup>;

### COMUNICANO

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

\_\_\_\_\_

e recapito telefonico \_\_\_\_\_

.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**(2)** La dichiarazione relativa all'impresa deve essere obbligatoriamente compilata e allegata alla domanda.