

MODULO DI DOMANDA ANNO 2025 DI
ACCESSO AL FONDO REGIONALE DI SOLIDARIETA'
EX ART. 23 ACN FARMACIE (DGR N. 226 DEL 23/02/2026)

AVVERTENZA:

Una società titolare di più farmacie dovrà presentare una domanda per ogni farmacia per la quale chiede il contributo.

Analogamente, il gestore di più farmacie comunali dovrà presentare una domanda per ogni farmacia per la quale chiede il contributo.

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

DOMANDA ANNO 2025

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⁾):

- gestore della farmacia di titolarità comunale** (indicare il nome della Società, di cui il richiedente è il legale rappresentante, o del farmacista gestore)

- sindaco titolare della farmacia comunale gestita in economia**

(1) È necessario barrare una sola delle 5 caselle. Per le farmacie pubbliche il richiedente e quindi il sottoscrittore del modulo di domanda è il Sindaco solo nel caso in cui la farmacia sia gestita in economia; negli altri casi il richiedente è il soggetto **gestore** dell'esercizio farmaceutico. Per le società titolari di farmacia il richiedente e quindi il sottoscrittore del modulo di domanda è il legale rappresentante della società. Per la società costituita dai co-titolari (da concorso straordinario) ai fini della gestione della farmacia, il sottoscrittore del modulo di domanda è il legale rappresentante della società.

legale rappresentante della **società titolare** denominata _____

titolare individuale

legale rappresentante della società costituita dai co-titolari (da concorso straordinario) ai fini della gestione, denominata:

della farmacia **RURALE** **URBANA**

denominata _____

codice identificativo regionale n. _____ P.Iva _____

ubicata in via _____ n. _____

cap. _____ Comune _____ (____)

CHIEDE

l'accesso al FONDO REGIONALE DI SOLIDARIETA' RELATIVO ALL'ANNO 2025 (DGR n. 226/2026)

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

(*barrare e compilare solo nel caso in cui la titolarità/gestione della farmacia sia stata acquisita nel corso del 2024*) di aver acquisito nel corso del **2024** la **titolarità/gestione** della farmacia per la quale si richiede il contributo, a far data dal _____ ;

che il volume di affari complessivo della farmacia **(²)** in base alla dichiarazione

(2) Il volume d'affari ai fini IVA è quello riportato nel rigo VE50 della dichiarazione IVA 2025, per l'anno d'imposta 2024, presentata all'Agenzia delle Entrate, tenendo presente quanto segue:

IVA 2025, per l'anno d'imposta **2024** presentata presso l'Agenzia delle Entrate, ammonta a euro (*in cifre*) _____
(*in lettere*) _____);

che il volume di affari complessivo della farmacia si riferisce al periodo di apertura **(3)** dal _____ al _____;

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:

_____;

- 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;

-
- 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 ad altre attività** oltre alla specifica singola 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 per la quale si richiede il contributo, dichiarato nel modulo di domanda. In tali casi il volume d'affari dichiarato nella domanda deve corrispondere all'importo annuale contenuto nel registro dei corrispettivi IVA e nel registro delle fatture emesse della singola farmacia per la quale si presenta domanda.

(3) Da compilare solo nel caso in cui la farmacia sia stata aperta per un periodo inferiore all'intero anno solare, nell'anno 2024.

- 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 (4)

- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____

n. _____ rilasciato il _____
da _____
e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);

COMUNICA

- indirizzo PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda _____;
- a meri fini statistici, che la farmacia o l'insieme delle farmacie di cui è titolare/legale rappresentate il richiedente **(5)** rientra nella definizione di:
 - Microimpresa
 - Piccola Impresa
 - Media Impresa

ai sensi della definizione contenuta nell'Allegato I del Regolamento (UE) 651/2014 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=celex%3A32014R0651>).

Data

Firma

-
- (4)** La domanda con firma autografa a cui non sia allegata la fotocopia del documento di riconoscimento è irricevibile, così come se non firmata o spedita oltre il termine previsto o trasmessa con modalità diverse da quella prevista.
 - (5)** Detta comunicazione non deve essere resa nel caso di farmacia comunale gestita direttamente in economia.