

MODULO di DOMANDA - TITOLARI INDIVIDUALI, SOC. TITOLARI, FARMACIE PUBBLICHE

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

DOMANDA DI CONTRIBUTO REGIONALE A SOSTEGNO DELLE FARMACIE RURALI
(art. 21, c. 2, L.R. n. 2/2016, così come sostituito dall'art. 33 L.R. Emilia-Romagna n. 25/2016)
ANNO 2023

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⁾):

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

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 il legale rappresentante della società.

CHIEDE

per l'anno **2023** 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 **2022** è stato titolare della sola farmacia per la quale richiede il contributo oppure
- che per l'anno **2022** è stato titolare/legale rappresentante di Società titolare anche (specificare):
- di **dispensario** farmaceutico ubicato a _____
in via _____;
 - 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 nel corso del 2022 la **titolarità** della farmacia per la quale si richiede il contributo, a far data dal _____;

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

e recapito telefonico _____
- 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 se il titolare è un Comune