

**ALLEGATO** alla DOMANDA DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLE FARMACIE RURALI  
presentata da **TITOLARI INDIVIDUALI**  
**ANNO 2020**

**Dichiarazione relativa all'impresa**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_;

**Titolare individuale** della farmacia **RURALE** denominata  
\_\_\_\_\_, con sede in  
\_\_\_\_\_, in relazione  
alla DGR 494/2019 che dà atto che i contributi regionali a sostegno delle farmacie  
rurali costituiscono Aiuti di Stato soggetti alla regola del "de minimis" di cui al  
Regolamento (UE) n. 1407/2013 del 18 dicembre 2013 pubblicato nella GUUE L 352/1  
del 24/12/2013,

**DICHIARA**

- che la dimensione dell'impresa è <sup>(1)</sup>:  
 micro       piccola       media       grande
- che l'esercizio finanziario (anno fiscale) dell'impresa richiedente inizia  
il \_\_\_\_\_ e termina il \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso del titolare)

\_\_\_\_\_  
<sup>(1)</sup> - V. Allegato 1 del Reg. della Comm.ne UE n. 651 del 17/06/2014