

DOMANDA CONTRIBUTO FARMACIE DISAGIATE

ANNO 2019

(DGRT n. 706/2019)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(artt. 46 e 47 DPR n. 445/00 e succ. mod.)

Alla Regione Toscana

Direzione Diritti di Cittadinanza

e Coesione Sociale

Settore Politiche del Farmaco e Dispositivi

via telematica

pec: regionetoscana@postacert.toscana.it

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a

_____ (____) il _____

codice fiscale _____, residente a

_____ Via/Piazza _____

in qualità di

- Titolare
- Legale rappresentante in caso di titolare società/gestione eredi
- Sindaco o suo delegato in caso di farmacia comunale

della farmacia denominata _____

dal _____ al _____

ubicata in Via/P.zza _____ n. _____ cap. _____

Comune _____ fraz. _____ Prov. _____

sede n. _____ codice regionale n. _____

P.Iva _____

tel / cell. n. _____ mail _____

indirizzo PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda

CHIEDE

di usufruire per l'anno 2019 del contributo di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 706 del 27/05/2019 *“Approvazione per l'anno 2019 dei requisiti, criteri e modalità per l'ottenimento del contributo previsto a favore delle farmacie disagiate ubicate nella Regione Toscana”*.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del DPR 445/00:

DICHIARA

che per l'anno **2018**:

1) E' stato titolare della sola farmacia per la quale richiede il contributo*

SI

NO

Nel caso di titolarità di più farmacie e nel caso in cui alla farmacia sia associata una farmacia succursale/ dispensario farmaceutico e/o proiezioni consultare la nota 1

2) Il volume di affari complessivo della farmacia dell'anno 2018⁽¹⁾ in base alla dichiarazione IVA, presentata presso l'Agenzia delle Entrate di _____
ammonta ad Euro _____ (_____)
in cifre *in lettere*

3) Il volume di affari complessivo della farmacia si riferisce al periodo di apertura dal _____ al _____⁽²⁾

4) La farmacia è rimasta chiusa per ferie* SI NO

5) La farmacia ha turnificato con altre farmacie* SI NO

6) 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 Regolamento (UE) 2016/679, come indicato nella informativa contenuta nella nota⁽³⁾, di cui dichiaro di aver preso visione.

SI ALLEGA :

fotocopia non autenticata di un documento d'identità del richiedente in corso di validità

_____, _____
luogo data

Firma⁽⁴⁾

* barrare la casella interessata

Note:

- (1) Il volume d'affari ai fini IVA è quello riportato sul rigo specifico della dichiarazione IVA presentata all'Agenzia delle Entrate territorialmente competente per l'anno **2018**, tenendo presente quanto segue:
- a. Per le farmacie che gestiscono anche una farmacia **SUCCURSALE, DISPENSARIO FARMACEUTICO e/o PROIEZIONE**, i relativi volumi d'affari ai fini IVA, concorrono alla formazione del volume d'affari complessivo da dichiarare;
 - b. Per i **TITOLARI DI PIÙ FARMACIE** (sia pubbliche che private), si fa riferimento all'importo annuale contenuto nel registro dei corrispettivi IVA e nel registro delle fatture emesse della farmacia per la quale si chiede il contributo.
 - c. Per le **FARMACIE PUBBLICHE**, qualora il volume d'affari dichiarato all'Agenzia delle Entrate, riguardi anche altre attività oltre a quello della farmacia per la quale si richiede il contributo, si fa riferimento all'importo annuale contenuto nel registro dei corrispettivi IVA e nel registro delle fatture emesse della farmacia per la quale si chiede il contributo.

Documentazione contabile da allegare alla domanda:

Nei casi indicati alla lettera b) e c), al fine di verificare la veridicità del volume d'affari dichiarato nella domanda per la farmacia di cui si richiede il contributo, è necessario produrre la relativa documentazione contabile.

- (2) Da indicare nel caso in cui la farmacia è stata aperta per un periodo inferiore all'anno solare nell'anno **2018**.

(3) Art. 13 "Informativa in materia di protezione dei dati personali"

Ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679, si informano gli interessati che il trattamento dei dati personali forniti in sede di domanda per la concessione del contributo è effettuato da Regione Toscana - Giunta Regionale in qualità di titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza Duomo 10 - 50122 Firenze; regionetoscana@postacert.toscana.it) ed è finalizzato unicamente alla gestione delle procedure relative alla concessione del contributo alle farmacie disagiate presso l'ente Regione Toscana.

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati sono i seguenti:

email: urp_dpo@regione.toscana.it;

Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude l'accesso al contributo.

I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento del Settore "Politiche del Farmaco e Dispositivi" per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Il trattamento dei dati raccolti avverrà a cura del personale autorizzato ed istruito del Settore “*Politiche del Farmaco e Dispositivi*” preposto al procedimento amministrativo per il quale essi vengono comunicati e verrà effettuato con modalità manuale e informatizzata.

I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del GDPR). L’apposita istanza va rivolta al Responsabile della protezione dei dati, tramite i canali di contatto dedicati. Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno altresì il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste pubblicate sul sito dell’Autorità.

- (4) La domanda deve essere firmata dal richiedente allegando fotocopia di un documento identità oppure tramite firma digitale.

Data

Firma

**MODALITA' DI INVIO DELLA DOMANDA
entro il 10 LUGLIO 2019**

La domanda di richiesta del contributo deve essere presentata utilizzando il presente modulo, compilato in tutte le sue parti ed **inviata esclusivamente in via telematica entro il 10 LUGLIO 2019** con una delle seguenti modalità alternative:

A) trasmessa dal richiedente **mediante propria casella di posta elettronica certificata (PEC)** all'indirizzo: regionetoscana@postacert.toscana.it

B) mediante identificazione del richiedente attraverso il sistema informatico regionale denominato **Ap@ci** collegandosi al seguente indirizzo: <https://web.e.toscana.it/apaci/> e selezionando il destinatario: Regione Toscana – Giunta.

In calce alla domanda il richiedente deve apporre **per esteso la propria firma leggibile o firma digitale**.

Deve essere altresì **allegata la fotocopia non autenticata di un documento di identità**.

Nell'invviare la domanda indicare come oggetto:

“DOMANDA PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO REGIONALE 2019 A FAVORE DELLE FARMACIE DISAGIATE DELLA REGIONE TOSCANA”

Sono considerate inammissibili le domande:

- presentate con modalità diverse da quelle indicate;
- presentate oltre il termine;
- prive della sottoscrizione;
- in cui il volume d'affari ai fini iva superi l'importo di euro 366.474,00.