

## MODULO DI DOMANDA

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 2018

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<sup>(1)</sup>):

- titolare individuale
- legale rappresentante della società titolare denominata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_ titolare

della farmacia **RURALE** denominata \_\_\_\_\_  
codice identificativo regionale n. \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_  
ubicata in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**(1)** E' necessario barrare una sola delle 3 caselle. Per le farmacie pubbliche il titolare è il Sindaco *pro tempore* del Comune richiedente (non il soggetto gestore dell'esercizio farmaceutico). Per le società titolari di farmacia, il richiedente è il legale rappresentante della società.

## CHIEDE

per l'anno **2018** il contributo di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 540 del 16/04/2018 "Criteri e modalità 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. 521/2017".

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 **2017** è stato titolare della sola farmacia per la quale richiede il contributo  
oppure

che per l'anno **2017** è stato titolare/legale rappresentante di Società titolare anche  
(specificare):

- 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 la titolarità della farmacia per la quale si richiede il contributo nel corso del  
2017, a far data dal \_\_\_\_\_;

che il volume di affari complessivo della farmacia<sup>(2)</sup> in base alla dichiarazione IVA 2018, per l'anno d'imposta 2017, presentata presso l'Agenzia delle Entrate, ammonta ad Euro \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ );  
in cifre (e in lettere)

che il volume di affari complessivo della farmacia si riferisce al periodo di apertura<sup>(3)</sup> dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

(per titolari individuali della farmacia per la quale si richiede il contributo) di aver acquisito la titolarità della farmacia nell'anno \_\_\_\_\_;

### 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:  
\_\_\_\_\_;

- ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del DLgs. 196/2003, di essere informato che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla presente procedura di concessione di contributo alle farmacie rurali in attuazione dell'art. 21, comma 2, L.R. n. 2/2016, in modo lecito e secondo correttezza e secondo i principi della pertinenza, completezza e non eccedenza rispetto alla finalità sopra indicata, a salvaguardia dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003;
- 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

---

**(2)** Il volume d'affari ai fini IVA è quello riportato nel rigo VE50 della dichiarazione IVA 2018, per l'anno d'imposta 2017, presentata all'Agenzia delle Entrate, con scadenza 30/04/2018, 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;
- per le società **TITOLARI DI PIÙ FARMACIE** e per le **FARMACIE PUBBLICHE** che non abbiano optato per contabilità separate, il legale rappresentante dovrà allegare alla domanda la documentazione necessaria a dimostrare contabilmente il volume d'affari della farmacia rurale di cui si richiede il contributo, indicato nel modulo di domanda.

**(3)** Da compilare solo nel caso in cui la farmacia sia stata aperta per un periodo inferiore all'anno solare nell'anno **2017** (variazione di titolarità).

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

- 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 sostitutiva di atto notorio inerente i contributi “de minimis” conforme al modello 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 2018<sup>(4)</sup>**;

#### COMUNICA

- indirizzo PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda  
\_\_\_\_\_  
e recapito telefonico \_\_\_\_\_

Data

Firma

\_\_\_\_\_

---

**(4)**La dichiarazione sostitutiva di atto notorio inerente i contributi “de minimis” deve essere obbligatoriamente compilata e allegata alla domanda, anche in caso di assenza di contributi.