

MODULO di DOMANDA – CO-TITOLARI

**Da presentare da parte dei CO-TITOLARI di farmacia assegnata con
la procedura di concorso straordinario**

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 2024

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 _____,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
codice fiscale _____,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
codice fiscale _____,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
codice fiscale _____,

in qualità di **co-titolari** della farmacia **RURALE** denominata _____

codice identificativo regionale n. _____ **P.Iva** _____

ubicata in via _____ n. _____ cap. _____

Comune _____ (____)

CHIEDONO

per l'anno **2024** 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,

DICHIARANO

- che per l'anno **2023** sono stati co-titolari della sola farmacia per la quale richiedono il contributo

oppure

- che per l'anno **2023** sono stati co-titolari anche (specificare):

- di **dispensario** farmaceutico ubicato a _____
in via _____;
- di **farmacia succursale** ubicata a _____
in via _____;

che il volume di affari complessivo della farmacia **(¹)** in base alla dichiarazione IVA 2024, per l'anno d'imposta 2023, presentata presso l'Agenzia delle Entrate, ammonta ad Euro _____ (_____);

in cifre

(in lettere)

(1) Il volume d'affari ai fini IVA è quello riportato nel rigo VE50 della dichiarazione IVA 2024, per l'anno d'imposta 2023, presentata all'Agenzia delle Entrate, con scadenza 30/04/2024, 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.

DICHIARANO, ALTRESÌ

di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00. A comprova si indicano i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione _____
- identificativo n. _____

e dichiarano 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 informati, 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 dichiarano di aver preso visione;
- di essere consapevoli 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

ALLEGANO (2)

- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____
e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);
- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____
e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);
- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____
e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);
- fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____
e in corso di validità (non necessario in caso di firma digitale);

(2) 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

COMUNICANO

- 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 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
