

**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 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 \_\_\_\_\_,

in qualità di (barrare la casella di interesse <sup>(1)</sup>):

- 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 **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,

## DICHIARA

- che per l'anno **2023** è stato titolare della sola farmacia per la quale richiede il contributo oppure
- che per l'anno **2023** 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 2023 la **titolarità** della farmacia per la quale si richiede il contributo, a far data dal \_\_\_\_\_;

- che il volume di affari complessivo della farmacia <sup>(2)</sup> 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)
- che il volume di affari complessivo della farmacia si riferisce al periodo di apertura <sup>(3)</sup> dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

### 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:  
\_\_\_\_\_;
- 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 come indicato nella informativa allegata al presente modello, di cui dichiaro di aver preso visione;
  - 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 dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni

---

**(2)** 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;
- in tutti i casi in cui il **Quadro VE** della dichiarazione IVA si riferisca **anche ad altre attività** oltre alla specifica singola farmacia per la quale si presenta domanda ed in particolare per le società titolari di più farmacie e per le farmacie pubbliche che non abbiano optato per contabilità separate, il titolare/legale rappresentante **dovrà allegare** alla domanda la **documentazione** necessaria a dimostrare contabilmente il volume d'affari proprio specificamente ed esclusivamente della farmacia rurale per 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'intero anno solare, nell'anno 2023

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