



ALLEGATO A1 alla Dgr n. 375 del 28 marzo 2017

MODELLO DI DOMANDA

Applicare
MARCA DA BOLLO
(€16,00) secondo le vigenti disposizioni in materia

Alla Regione del Veneto
Unità Organizzativa Farmaceutico-Protesica-
Dispositivi medici
Rio Novo, Dorsoduro 3493 – 30123 Venezia
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

e p.c. Al Direttore Generale
Azienda ULSS _____

- Via pec**
oppure (barrare la voce che interessa)
- Raccomandata A/R**

Oggetto: Richiesta intervento aggiuntivo farmacia rurale- ex art. 22, L.R. n. 7/2016 anno ____

Il/la sottoscritto/a
nato/a a.....
il.....
in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società.....
con sede legale in (indicare l'indirizzo completo).....
AULSS ex LR n. 19/2016 (*nuovi ambiti territoriali*) di afferenza
CF/Partita IVA
n. REA presso CCIAA
dal al
Telefono..... cell.....
Fax e-mail..... indirizzo
PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda.....
.....

CHIEDE

con riferimento alla farmacia “ _____ ” (indicare la denominazione della farmacia), codice _____ ubicata in Via _____ n. _____ CAP _____

Comune di _____ Fraz. _____

Prov. _____ Azienda ULSS n. _____

(in caso di Società titolare di più farmacie ricadenti sul territorio di competenza di AULSS diverse: indicare l’AULSS ove ha sede legale la Società)

di usufruire per l’anno _____ dell’intervento aggiuntivo previsto per le farmacie rurali ai sensi dell’art. 22, LR n. 7/2016, giusta DGR n. _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste e punite dagli artt. 75-76 D.P.R. 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti

DICHIARA

che la farmacia per la quale si richiede l’intervento aggiuntivo in oggetto:

è classificata rurale alla data del 31 dicembre _____ (indicare l’anno antecedente all’anno di presentazione della domanda);

è stata aperta/oggetto di trasferimento (sbarrare la voce non pertinente) di titolarità nel corso dell’anno preso a riferimento per la determinazione del fatturato valido ai fini dell’imposta sul valore aggiunto (periodo di imposta) a far data dal _____

oppure

non è stata aperta/oggetto di trasferimento di titolarità nel corso dell’anno preso a riferimento per la determinazione del fatturato valido ai fini dell’imposta sul valore aggiunto (periodo di imposta);

di non essere titolare/legale rappresentante di Società titolare di altra farmacia – dispensario farmaceutico o farmacia succursale;

oppure

di essere titolare/legale rappresentante di Società titolare:

- di dispensario farmaceutico, ubicato a _____ (indirizzo completo – AULSS)
- di farmacia succursale, ubicata a _____ (indirizzo completo – AULSS);
- della farmacia classificata rurale /delle seguenti farmacie classificate rurali (art. 7, L. n. 362/1991 e s.m.i.), alla data del 31 dicembre _____ (indicare l’anno antecedente all’anno di presentazione della domanda), ubicata/ubicate rispettivamente _____ (indirizzo completo – AULSS);

il fatturato annuo complessivo valido ai fini dell’imposta sul valore aggiunto indicato nella Dichiarazione IVA _____ (indicare l’anno di presentazione della dichiarazione, antecedente all’anno di presentazione della domanda), riferita all’anno di imposta _____, ammonta a euro (in cifre) _____ (in lettere _____);

in caso di invio tramite PEC:

- 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. _____
- di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa
- di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli.

Il/La sottoscritto/a allega copia leggibile del documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 del medesimo decreto legislativo – titolare del trattamento: Regione Veneto – Responsabile del trattamento: Direttore dell'Unità Organizzativa Farmaceutico-Protetica-Dispositivi medici.

Data/...../.....

Firma

(per esteso, leggibile)