

Regione Toscana
 Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale
 Settore Politiche del Farmaco, Innovazione e Appropriatezza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
 (artt. 46 e 47 DPR n. 445/00)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il
 _____ residente a _____ Via _____
 titolare della farmacia ⁽¹⁾ _____ codice regionale _____
 ubicata in Via _____ Comune di _____
 fraz. _____ Provincia di _____
 tel.n. _____ cell. _____ fax _____
 autorizzazione sindacale all'apertura e all'esercizio della farmacia n. _____ del
 _____.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00,

DICHIARA

Che per l'anno **2010**:

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

 SI
 NO

Nel caso di titolarità di più farmacie, succursali, dispensari farmaceutici e/o proiezioni consultare la nota 2 punti a) e b)

2) Il volume di affari complessivo della farmacia ⁽²⁾ 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 _____ ⁽³⁾

4) La farmacia è rimasta chiusa per ferie*

SI

NO

5) La farmacia ha turnificato con altre farmacie*

SI

NO

* barrare la casella interessata

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del DLgs.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 D.Lgs. Titolare del trattamento: Regione Toscana – Giunta Regionale; responsabile del trattamento: il dirigente del settore Farmaceutica – Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà.

_____ ,
luogo

_____ ,
data

Il/la dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/00, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del richiedente corso di validità.

Note:

- (1) Per le farmacie pubbliche il titolare è il Sindaco del Comune richiedente.
- (2) 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 **2010**, tenendo presente quanto segue:
- a. Per le farmacie nelle quali sono presenti succursali, dispensari farmaceutici e/o proiezioni, i relativi volumi d'affari ai fini IVA, concorrono alla formazione del volume d'affari complessivo
 - 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.
Al riguardo, 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 apposita documentazione contabile, dalla quale si rilevi la somma degli importi contenuti nel registro dei corrispettivi IVA e nel registro delle fatture emesse, realizzati dalla farmacia stessa nell'anno 2010.
Per le **FARMACIE PUBBLICHE**, poiché la titolarità è del Comune, si precisa che è necessario produrre la seguente documentazione contabile dalla quale sia possibile verificare la veridicità del volume d'affari dichiarato nella domanda:
 - copia della "comunicazione di avvenuto ricevimento" del modello unico per l'anno **2010**, compresa la parte contenente i dati contabili relativi alla determinazione del volume d'affari IVA;
 - nel caso il volume d'affari dichiarato riguardi anche altre attività oltre a quello della farmacia per la quale si richiede il contributo, copia della distinta riepilogativa dei registri IVA dell'anno **2010**.
- (3) Da indicare nel caso in cui la farmacia è stata aperta per un periodo inferiore all'anno solare nell'anno **2010**