

DOMANDA DI INDENNITÀ DI RESIDENZA

(art. 17 del nuovo ACN farmacie e DGR n. 2165 del 22/12/2025)

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 Bologna

Indirizzo PEC:
farmaceutica.territoriale@pec.ausl.bologna.it

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 (barrare la casella di interesse (1):

- titolare individuale
- co- titolari
- legale rappresentante della società titolare denominata _____
- (per le farmacie comunali a gestione diretta) Sindaco
- (per le farmacie comunali con gestione societaria) legale rappresentante del soggetto gestore denominato _____

(1) È necessario barrare una sola delle 5 caselle. Per le farmacie pubbliche a gestione societaria il richiedente e quindi il sottoscrittore del modulo di domanda è il legale rappresentante del 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.

della farmacia RURALE denominata _____
codice identificativo regionale n. _____ P.Iva _____
ubicata in via _____ n. ____ cap. _____
Comune _____ (____)

CHIEDE / CHIEDONO

per il biennio _____/_____

oppure

per l'anno dispari _____ (opzione possibile esclusivamente solo per la farmacia che abbia acquisito la titolarità nel precedente anno pari)

l'indennità di residenza di cui all'art. 17 del nuovo ACN farmacie e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2165 del 22/12/2025 "attuazione delle previsioni in materia di indennità di residenza alle farmacie rurali di cui all'art. 17 dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private recepito il 6 marzo 2025 con intesa della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome (rep. atti n. 35/csr)".

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 / DICHIARANO

- che la farmacia è aperta al pubblico e funzionante
- che per l'anno _____ (2) è stato titolare/gestore della sola farmacia per la quale richiede il contributo

oppure

che per l'anno _____ (2) è stato titolare/gestore anche di (specificare):

dispensario farmaceutico ubicato a _____

in via _____;

dispensario farmaceutico ubicato a _____

in via _____;

farmacia succursale ubicata a _____

in via _____;

altra farmacia denominata _____

ubicata a _____ in via _____

codice identificativo regionale n. _____;

(2) Anno precedente quello di presentazione della domanda.

altra farmacia denominata _____
ubicata a _____ in via _____
codice identificativo regionale n. _____;

altra farmacia denominata _____
ubicata a _____ in via _____
codice identificativo regionale n. _____;

c di aver acquisito nel corso dell'anno _____ (2) la titolarità della farmacia per la quale si richiede il contributo, a far data dal _____;
c che il volume di affari complessivo della farmacia (3) in base alla dichiarazione IVA _____, per l'anno d'imposta _____, presentata presso l'Agenzia delle Entrate, ammonta ad Euro _____ (_____); in cifre (e in lettere)

oppure

c che il volume di affari complessivo della farmacia (3), in base alla dichiarazione IVA per l'anno d'imposta _____, presentata presso l'Agenzia delle Entrate, è superiore ad Euro 600.000;
c che il volume di affari complessivo della farmacia si riferisce al periodo di apertura (4) dal _____ al _____;

(2) Anno precedente quello di presentazione della domanda.

(3) Il volume d'affari ai fini IVA è quello riportato nel rigo VE50 della dichiarazione IVA dell'anno di presentazione della domanda, per l'anno d'imposta dell'anno precedente, presentata all'Agenzia delle Entrate, tenendo presente quanto segue:

ü per le farmacie che gestiscono anche succursali o dispensari farmaceutici, i relativi volumi d'affari ai fini IVA concorrono alla formazione del volume d'affari complessivo;
ü fatto salvo quanto già specificato per i casi di gestione, oltreché della farmacia, anche di uno o più dispensari o farmacie succursali, in tutti gli altri 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.

(4) Da compilare solo nel caso in cui la farmacia sia stata aperta per un periodo inferiore all'intero anno solare, nell'anno precedente quello di presentazione della domanda.

DICHIARA / DICHIARANO, 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/no 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/i, 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/i 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'Azienda USL di Bologna 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 / ALLEGANO (5)

- 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);

(5) la domanda conferma 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

COMUNICA / COMUNICANO

- indirizzo PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda

e recapito telefonico _____).

Data

Firma
