

## **MODULO DI DOMANDA UNICA ANNO 2026 DI**

- A) ACCESSO AL FONDO REGIONALE DI SOLIDARIETA' EX ART. 23 ACN FARMACIE (DGR N. 226 DEL 23/02/2026)**
- B) CONTRIBUTO REGIONALE A SOSTEGNO DELLE FARMACIE RURALI (ART. 21, C. 2, L.R. N. 2/2016 E DGR N. 533 DEL 13/04/2026)**
- C) CONTRIBUTO REGIONALE A SOSTEGNO DEI DISPENSARI FARMACEUTICI PERMANENTI DISAGIATI (DGR N. 533 DEL 13/04/2026)**

### AVVERTENZA:

Compilare un unico modulo per le domande collegate alla medesima farmacia: ad esempio, una farmacia rurale con fatturato inferiore a 300.000 euro che gestisce un dispensario disagiato con la medesima domanda può chiedere le tre tipologie di contributo.

Invece, una società titolare di più farmacie dovrà presentare una domanda per ogni farmacia per la quale chiede uno o più contributi.

Analogamente, il gestore di più farmacie comunali dovrà presentare una domanda per ogni farmacia per la quale chiede uno o più contributi.

La domanda di contributo per la gestione di dispensario disagiato deve essere sempre presentata dal titolare o gestore della farmacia che lo gestisce.

Se una stessa farmacia gestisce più dispensari disagiati, può chiedere i relativi contributi a sostegno con la stessa domanda.

Applicare e annullare  
MARCA DA BOLLO  
(€ 16,00)

**DOMANDA UNICA ANNO 2026**

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>):

**gestore della farmacia di titolarità comunale** (indicare il nome della Società,  
di cui il richiedente è il legale rappresentante, o del farmacista gestore)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(1)** È necessario barrare una sola delle 5 caselle. Per le farmacie pubbliche il richiedente e quindi il sottoscrittore del modulo di domanda è il Sindaco solo nel caso in cui la farmacia sia gestita in economia; negli altri casi il richiedente è 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. Per la società costituita dai co-titolari (da concorso straordinario) ai fini della gestione della farmacia, il sottoscrittore del modulo di domanda è il legale rappresentante della società.

**sindaco titolare della farmacia comunale gestita in economia**

**legale rappresentante** della **società titolare** denominata \_\_\_\_\_

**titolare individuale**

**legale rappresentante della società costituita dai co-titolari** (da concorso straordinario) ai fini della gestione, denominata:

della farmacia <sup>(2)</sup>  **RURALE**  **URBANA**

denominata \_\_\_\_\_

codice identificativo regionale n. \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_

ubicata in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

### CHIEDE PER L'ANNO 2026

**(barrare SI' per ogni contributo per il quale si intende presentare domanda)**

SI  NO

**A) l'accesso al FONDO REGIONALE DI SOLIDARIETA' (DGR n. 226/2026)**

**B) il CONTRIBUTO REGIONALE A SOSTEGNO DELLE FARMACIE RURALI (art. 21, c. 2, L.R. n. 2/2016 e DGR n. 533/2026)**

**C) il CONTRIBUTO REGIONALE A SOSTEGNO DEI DISPENSARI FARMACEUTICI PERMANENTI DISAGIATI (DGR n. 533/2026)**

**(2)** Se la domanda riguarda il sostegno per i dispensari farmaceutici permanenti disagiati, è necessario indicare i dati della farmacia che gestisce il dispensario.

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

### **Sezione 1)**

da compilare per la richiesta di CONTRIBUTO A e/o B (fondo regionale di solidarietà, contributo regionale a sostegno delle farmacie rurali):

- (barrare e compilare solo nel caso in cui la titolarità/gestione della farmacia sia stata acquisita nel corso del 2025) di aver acquisito nel corso del 2025 la **titolarità/gestione** della farmacia per la quale si richiede il contributo, a far data dal \_\_\_\_\_ ;
- che il volume di affari complessivo della farmacia **(<sup>3</sup>)** in base alla dichiarazione IVA 2026, per l'anno d'imposta **2025** presentata presso l'Agenzia delle Entrate, ammonta a euro (in cifre) \_\_\_\_\_  
(in lettere) \_\_\_\_\_);
- che il volume di affari complessivo della farmacia si riferisce al periodo di apertura **(<sup>4</sup>)** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

---

**(3)** Il volume d'affari ai fini IVA è quello riportato nel rigo VE50 della dichiarazione IVA 2026, per l'anno d'imposta 2025, presentata all'Agenzia delle Entrate, con scadenza 30/04/2026, 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 della farmacia per la quale si richiede il contributo, dichiarato nel modulo di domanda. In tali casi il volume d'affari dichiarato nella domanda deve corrispondere all'importo annuale contenuto nel registro dei corrispettivi IVA e nel registro delle fatture emesse della singola farmacia per la quale si presenta domanda.

**(4)** Da compilare solo nel caso in cui la farmacia sia stata aperta per un periodo inferiore all'intero anno solare, nell'anno 2025.

## **Sezione 2)**

da compilare per la richiesta di CONTRIBUTO C (contributo regionale a sostegno dei dispensari permanenti):

di essere gestore del/i seguente/i dispensario/i farmaceutico/i permanente/i, attivo/i al momento della compilazione della domanda e con le caratteristiche specificate:

### - **dispensario farmaceutico permanente**

ubicato in comune di \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)

cap. \_\_\_\_\_ frazione/località \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

a \_\_\_\_\_ km di distanza **(5)** dalla farmacia più vicina, di seguito indicata:

denominazione \_\_\_\_\_

ubicata in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_);

### - **dispensario farmaceutico permanente**

ubicato in comune di \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)

cap. \_\_\_\_\_ frazione/località \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

a \_\_\_\_\_ km di distanza **(5)** dalla farmacia più vicina, di seguito indicata:

denominazione \_\_\_\_\_

ubicata in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_);

---

**(5)** La distanza è misurata come distanza da soglia a soglia, con il percorso pedonale più breve risultante da Google Maps.

## 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 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 (6)

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

\_\_\_\_\_

**(6)** 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.

## COMUNICA

- indirizzo PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda \_\_\_\_\_;
- a meri fini statistici, che la farmacia o l'insieme delle farmacie di cui è titolare/legale rappresentate il richiedente **(7)** 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**(7)** Detta comunicazione non deve essere resa nel caso di farmacia comunale gestita direttamente in economia.