

**DOMANDA CONTRIBUTO FARMACIE DISAGIATE**  
**ANNO 2021**  
(DGRT n. 414/2021)

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

**Alla Regione Toscana**  
Direzione Sanità, Welfare e Coesione  
Sociale  
Settore Politiche del Farmaco e Dispositivi

**via telematica**  
pec: [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a

codice fiscale

residente a

Via/Piazza

in qualità di

☐

Titolare

☐

Legale rappresentante in caso di titolare società/gestione eredi

☐

Sindaco o suo delegato in caso di farmacia comunale

della farmacia denominata

dal

al

ubicata nel Comune di

Prov

cap

fraz.

in Via/Piazza

n.

sede n.

codice regionale n.

P.Iva n.

tel/cell. n.

mail

indirizzo PEC al quale inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda

### **CHIEDE**

di usufruire per l'anno 2021 del contributo di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 414 del 19/04/2021 *“Approvazione per l'anno 2021 dei requisiti, criteri e modalità per l'ottenimento del contributo previsto a favore delle farmacie disagiate ubicate nella Regione Toscana”*.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del DPR 445/00:

## DICHIARA

che per l'anno **2020**:

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

SI ☐

NO ☐

**Nel caso di titolarità di più farmacie e nel caso in cui il titolare della farmacia gestisca anche una farmacia succursale/dispensario farmaceutico e/o proiezioni consultare la nota 1**

2) Il volume di affari complessivo della farmacia dell'anno 2020 <sup>(1)</sup> 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

<sup>(2)</sup>

4) La farmacia è rimasta chiusa per ferie\* <sup>(3)</sup>

SI ☐

NO ☐

5) La farmacia ha turnificato con altre farmacie\* <sup>(3)</sup>

SI ☐

NO ☐

6) 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 Regolamento (UE) 2016/679, come indicato nella informativa contenuta nella nota <sup>(4)</sup>, di cui dichiaro di aver preso visione.

**SI ALLEGA :**

☐ **fotocopia non autenticata di un documento d'identità del richiedente in corso di validità**

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | , |  |
|--|---|--|

luogo

data

|  |
|--|
|  |
|--|

Firma <sup>(5)</sup>

\* barrare la casella interessata

**Note:**

- (1) 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 **2020**, tenendo presente quanto segue:
- a. Per le farmacie che gestiscono anche una farmacia **SUCCURSALE, DISPENSARIO FARMACEUTICO** e/o **PROIEZIONE**, i relativi volumi d'affari ai fini IVA, concorrono alla formazione del volume d'affari complessivo da dichiarare;
  - 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.
  - c. Per le **FARMACIE PUBBLICHE**, qualora il volume d'affari dichiarato all'Agenzia delle Entrate, riguardi anche altre attività oltre a quello della farmacia per la quale si richiede il contributo, 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.

**Documentazione contabile da allegare alla domanda:**

Nei casi indicati alla lettera b) e c), 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 la relativa documentazione contabile.

- (2) Da indicare nel caso in cui la farmacia è stata aperta per un periodo inferiore all'anno solare nell'anno **2020**.
- (3) Come previsto dai provvedimenti dell'Autorità competente.

#### **(4) Art. 13 "Informativa in materia di protezione dei dati personali"**

Ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679, si informano gli interessati che il trattamento dei dati personali forniti in sede di domanda per la concessione del contributo è effettuato da Regione Toscana - Giunta Regionale in qualità di titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza Duomo 10 - 50122 Firenze; [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it)) ed è finalizzato unicamente alla gestione delle procedure relative alla concessione del contributo alle farmacie disagiate presso l'ente Regione Toscana.

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati sono i seguenti:

email: [urp\\_dpo@regione.toscana.it](mailto:urp_dpo@regione.toscana.it);

Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude l'accesso al contributo.

I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento del Settore *"Politiche del Farmaco e Dispositivi"* per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Il trattamento dei dati raccolti avverrà a cura del personale autorizzato ed istruito del Settore *"Politiche del Farmaco e Dispositivi"* preposto al procedimento amministrativo per il quale essi vengono comunicati e verrà effettuato con modalità manuale e informatizzata.

I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del GDPR). L'apposita istanza va rivolta al Responsabile della protezione dei dati, tramite i canali di contatto dedicati. Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno altresì il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste pubblicate sul sito dell'Autorità.

- (5)** La domanda deve essere firmata dal richiedente allegando fotocopia di un documento identità oppure tramite firma digitale.

data

Firma

**MODALITA' DI INVIO DELLA DOMANDA**  
**entro il 23 LUGLIO 2021**

|                          |
|--------------------------|
| <b>FARMACIE COMUNALI</b> |
|--------------------------|

La domanda di richiesta del contributo deve essere presentata utilizzando il presente modulo, compilato in tutte le sue parti ed **inviata esclusivamente in via telematica** entro il **23 LUGLIO 2021** con una delle seguenti modalità alternative:

1. trasmissione tramite protocollo interoperabile, per le amministrazioni attive sul sistema InterPRO;
2. trasmissione tramite casella di posta elettronica certificata (PEC) dell' Ente all'indirizzo PEC istituzionale di Regione Toscana [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it)

**Le domande di richiesta del contributo dovranno essere sottoscritte con firma digitale e inviate in formato pdf.**

|                         |
|-------------------------|
| <b>FARMACIE PRIVATE</b> |
|-------------------------|

La domanda di richiesta del contributo deve essere presentata utilizzando il presente modulo, compilato in tutte le sue parti ed **inviata esclusivamente in via telematica** entro il **23 LUGLIO 2021** con una delle seguenti modalità alternative:

A) trasmessa dal richiedente **mediante casella di posta elettronica certificata (PEC)** all'indirizzo: [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it)

**Con questa modalità il modulo di domanda deve essere sottoscritto con firma digitale o con firma autografa per esteso e acquisito mediante scansione. Deve essere allegata altresì la scansione del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.**

B) mediante il sistema informatico regionale denominato **Apaci** collegandosi al seguente indirizzo: <https://web.e.toscana.it/apaci/> e selezionando il destinatario: Regione Toscana – Giunta.

Per accedere ad Apaci è necessario avere uno dei seguenti sistemi di identità digitale: SPID, CNS e CIE; coloro che sono in possesso di credenziali Utente e password possono utilizzarle solo fino al 30/09/2021.

Nel caso di accesso con le credenziali Utente e Password, il modulo deve essere sottoscritto con firma autografa per esteso e acquisito mediante scansione, accompagnato dalla scansione del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

Nel campo oggetto della procedura telematica riportare :

**“DOMANDA PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO REGIONALE ANNO 2021 A FAVORE DELLE FARMACIE DISAGIATE DELLA REGIONE TOSCANA”**

Ai fini della **scadenza dei termini**, fa fede la data di consegna della domanda che risulta dalla notifica di “consegnato” rilasciata dal sistema InterPRO o dalla “ricevuta di avvenuta consegna” della PEC.

I richiedenti sono tenuti a verificare l'effettiva ricezione da parte dell'Amministrazione regionale attraverso le ricevute di consegna rilasciate dai sistemi telematici, ossia controllando lo stato di “ricevuta” in caso di Apaci e l'arrivo della ricevuta di avvenuta consegna in caso di PEC: l'assenza di tali ricevute indica che la comunicazione non è stata recapitata ai sistemi regionali.

**Sono considerate inammissibili le domande:**

- presentate con modalità diverse da quelle indicate;
- presentate oltre il termine;
- prive della sottoscrizione;
- in cui il volume d'affari ai fini Iva superi l'importo di euro 367.936,00.