

DOMANDA CONTRIBUTO FARMACIE DISAGIATE
ANNO 2025
(DGRT n. 584/2025)

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

Alla Regione Toscana

Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale
Settore Assistenza Farmaceutica e Dispositivi

via telematica

pec: 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 2025 del contributo di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 584 del 12/05/2025 *“Approvazione per l'anno 2025 dei requisiti, criteri e modalità per l'ottenimento del contributo previsto a favore delle farmacie disagiate ubicate nella Regione Toscana e destinazione risorse per l'anno 2025”*.

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 **2024**:

- 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 2024 ⁽¹⁾ 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

⁽²⁾

- 4) La farmacia è rimasta chiusa per ferie ^{*(3)} SI ☐ NO ☐

- 5) La farmacia ha turnificato con altre farmacie ^{*(3)} SI ☐ NO ☐

^{*(3)} Se trattasi di farmacia pubblica indicare i riferimenti dell'atto di adozione dell'Amministrazione Comunale relativo ai turni e alle ferie delle farmacie del territorio: n. del

- 6) La farmacia ha aderito agli accordi in essere riguardanti la distribuzione in nome e per conto (DPC) di farmaci, vaccini e assistenza integrativa ^{*(4)} SI ☐ NO ☐

7) La farmacia eroga i servizi di cui alla delibera Giunta Regionale Toscana n. 708/2023^{*(5)} SI ☐ NO ☐

Ai fini dell'ottenimento del contributo aggiuntivo la farmacia deve aver iniziato l'erogazione dei servizi previsti dall'accordo di cui alla DGR n. 708/2023 entro la data di scadenza della domanda (18 luglio 2025)^{*(5)}

8) 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⁽⁶⁾, 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 ⁽⁷⁾

* 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 **2024**, 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 dalla stessa farmacia.

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 **2024**.
- (3) Come previsto dai provvedimenti dell'Autorità competente.
- (4) Indicare se la farmacia ha aderito agli accordi tra Regione Toscana e Associazioni Farmacisti riguardanti la distribuzione in nome e per conto (DPC) di farmaci, vaccini e assistenza integrativa; **L'adesione è necessaria ai fini dell'ottenimento del contributo come stabilito dalla Delibera di Giunta n. 584 del 12/05/2025.**
- (5) Tale dichiarazione è necessaria ai fini dell'ottenimento del contributo aggiuntivo di cui al punto F) della Delibera Giunta Regionale n. 584 del 12/05/2025. **Ai fini dell'ottenimento del contributo aggiuntivo la farmacia deve aver iniziato l'erogazione dei servizi di cui dall'accordo previsto dalla DGR n. 708/2023 entro la data di scadenza della domanda (18 luglio 2025).**

(6) 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) 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

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 “Assistenza Farmaceutica 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 “Assistenza Farmaceutica 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.

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

data

Firma ⁽⁷⁾

MODALITA' DI INVIO DELLA DOMANDA
entro il 18 luglio 2025

La domanda di richiesta del contributo deve essere presentata utilizzando il presente modulo, compilato in tutte le sue parti ed inviata in formato pdf, esclusivamente in via telematica entro il **18 luglio 2025** tramite casella di posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo PEC istituzionale di Regione Toscana:

regionetoscana@postacert.toscana.it

Il modulo di domanda deve essere sottoscritto dal titolare o legale rappresentante **tramite firma digitale o firma autografa per esteso ed acquisito mediante scansione (in questo ultimo caso deve essere allegata altresì, la 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 2025 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 “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, e controllando 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 supera l'importo di euro 434.749,00;
- presentate da farmacie che non hanno aderito agli accordi in essere tra Regione Toscana e Associazioni Farmacisti relativamente alla distribuzione in nome e per conto (DPC) di farmaci, vaccini e assistenza integrativa.