

FARMACIA
(timbro e firma)

marca da bollo

ASL PESCARA
UOSD SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE
Via R. Paolini, 47
65124 PESCARA

OGGETTO: Richiesta contributo aggiuntivo all'indennità di residenza per l'anno_____*

Il/la sottoscritto/a_____nato/a_____il_____,
C.F._____titolare della Farmacia Rurale sita nel
Comune di_____, in via_____.

ai sensi della Legge 8 marzo 1968, n.221 e della Legge Regionale 16 marzo 2001 n.9, successivamente
modificata con L.R. 29 maggio 2001 e L.R. 19 novembre 2003, n.20,

presenta

istanza per ottenere il contributo aggiuntivo all'indennità di residenza per l'anno_____* ai sensi
dell'art.2 della L.R. 16 marzo 2001 n.9.

A tal fine, secondo quanto previsto dall'art.4 della L.R. n. 9/2001, allega alla presente domanda la
documentazione di seguito meglio specificata:

- Certificato del Sindaco del Comune di_____attestante:
 - la regolare apertura della Farmacia al pubblico,
 - la popolazione residente al 31 dicembre_____** nella località o agglomerato rurale in cui è
ubicata la Farmacia, computando a tal fine anche gli abitanti delle case sparse situate entro un
km dalla Farmacia medesima, considerando il percorso stradale più breve.
- Dichiarazione sostitutiva, resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, attestante il volume d'affari registrato
nell'anno
_____** ai fini dell'imposta sul valore aggiunto (I.V.A.).

Pescara_____

IL TITOLARE

Codice IBAN del beneficiario:_____

* inserire l'anno di competenza

** l'anno di riferimento è quello dell'anno precedente a quello di presentazione dell'istanza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

C.F. _____ titolare/direttore della Farmacia Rurale sita nel Comune

di _____ in via _____ con il presente atto reso ai sensi

dell'art.46 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di

dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R.

445/2000

DICHIARA

Che il volume d'affari della succitata Farmacia registrato nell'anno _____ ** ai fini dell'Imposta sul

Valore Aggiunto (I.V.A.) è pari ad € _____

Pescara, li _____

In fede

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento debitamente firmata

* inserire l'anno di competenza

** l'anno di riferimento è quello dell'anno precedente a quello di presentazione dell'istanza