

<b>Marca da bollo - 16 euro</b> Data/ora <input type="text"/> identificativo n. <input type="text"/>	<b>Richiesta Riconoscimento INDENNITA' DI RESIDENZA</b> <b>- Farmacie Rurali -</b> <b>(L. 221/1968 - art. 17 ACN 2025 - DGRT n. 226/2026 - LRT n. 16/2000)</b>
---	--

**DATI DELLA FARMACIA**
 Massa     Viareggio     Pisa     Lucca     Livorno

DENOMINAZIONE:	<input type="text"/>		pubblica <input type="checkbox"/> privata <input type="checkbox"/>
TITOLARITA':	<input type="checkbox"/> SOCIETARIA (specificare): <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/> SRL(U) <input type="checkbox"/> Altro: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> UNINOMINALE	Il Titolare/Legale rappresentante^: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> COMUNALE	Sede legale: <input type="text"/>	Tel. <input type="text"/>	
CODICE FISCALE / P.IVA:	<input type="text"/>	Cod. Regionale:	<input type="text"/>
INDIRIZZO (completo di Comune/Provincia)	<input type="text"/>		

**CHIEDE**
**il riconoscimento dell'Indennità di Residenza per il biennio**  **anno** 
**DICHIARA**, avendo preso visione delle istruzioni alla compilazione allegate,

ai sensi degli artt. 75-76 del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze per dichiarazioni non veritiere, che:

**A.** Il Volume d'Affari complessivo della farmacia ai fini IVA dell'anno precedente è:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fino a 300.000€        | <input type="checkbox"/> da 400.001€ a 600.000€ |
| <input type="checkbox"/> da 300.001€ a 400.000€ | <input type="checkbox"/> oltre 600.000€         |

nota 1: entro 15/06 completare la dichiarazione inviando via pec la documentazione giustificativa.

Già allegata **B.** La distanza della farmacia dal capoluogo di provincia è:

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fino a 10 km | <input type="checkbox"/> fino a 50 km |
| <input type="checkbox"/> fino a 25 km | <input type="checkbox"/> > 50 km      |
| <input type="checkbox"/> fino a 40 km |                                       |

nota 2: calcolata in base alle tabelle ACI (<https://www.aci.it/servizi/distanze-chilometriche/>)**C.** Gli abitanti della località in cui è ubicata la farmacia sono:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fino a 1.000     | <input type="checkbox"/> da 3.001 a 4.000 |
| <input type="checkbox"/> da 1.001 a 2.000 | <input type="checkbox"/> da 4.001 a 5.000 |
| <input type="checkbox"/> da 2.001 a 3.000 |   |

nota 3: popolazione ISTAT della località/agglomerato rurale (L. 40/1973) attestata dal Comune competente.

Allegata SI **D.** I turni di notte effettuati nell'anno precedente sono:

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fino a 20  | <input type="checkbox"/> da 81 a 100 |
| <input type="checkbox"/> da 21 a 40 | <input type="checkbox"/> oltre 100   |
| <input type="checkbox"/> da 41 a 80 |                                      |

nota 4: Il turno è relativo al servizio a battenti aperti, chiusi ed a reperibilità.

**E.** Localizzazione della Farmacia:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unica su Isola Minore     | <input type="checkbox"/> Altra localizzazione |
| <input type="checkbox"/> NON Unica su Isola Minore |   |

**F.** Gestione di un dispensario farmaceutico per non meno di 11 mesi/anno e per non più di 20 ore/settimana

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------------|-----------------------------|

come da provvedimento Data 

Firma del Titolare/Legale rappresentante^

nota 5: In alternativa alla firma digitale, è ammessa firma autografa con valido documento di riconoscimento - Allegato SI

## **ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

1. La domanda deve essere presentata entro il 31 maggio di ogni anno pari.
2. Le farmacie di nuova istituzione aperte successivamente al 31 maggio di ogni anno pari possono presentare la domanda entro il 31 maggio dell'anno dispari con effetti limitati al predetto anno solare.
3. Per le farmacie trasferite di titolarità successivamente al 31 maggio degli anni pari, l'acquirente potrà richiedere, entro il 90 giorno dall'atto di acquisto, l'erogazione a proprio favore dell'indennità già determinata per il precedente titolare o per la quale quest'ultimo abbia presentato l'istanza nei termini, relativamente alla eventuale annualità residua non corrisposta.
4. La domanda deve essere inviata tassativamente via PEC.
5. La domanda può essere compilata manualmente o direttamente sul pdf in formato editabile.
6. La domanda può essere presentata con le seguenti modalità:
  - a) applicare marca da bollo, annullarla, firmare sull'originale, fotocopiare/scannerizzare in pdf e trasmettere con allegata copia del documento di riconoscimento in corso di validità.
  - b) provvedere al pagamento dell'imposta di bollo in formato digitale, annotare data e ora di emissione ed il numero identificativo, firmare sull'originale, fotocopiare/scannerizzare in pdf e trasmettere con allegata copia del documento di riconoscimento in corso di validità.
  - c) provvedere al pagamento dell'imposta di bollo in formato digitale, annotare data e ora di emissione ed il numero identificativo, fotocopiare/scannerizzare/stampare in pdf, apporre firma digitale e trasmettere senza allegare copia del documento di riconoscimento.Nei casi b) e c) la firma apposta sulla domanda vale come dichiarazione di veridicità circa l'avvenuto annullamento della marca da bollo ed il rispetto dell'obbligo di non utilizzo per qualsiasi altro adempimento che ne richieda l'apposizione, pena l'applicazione delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.  
Nei casi a) e b), l'originale della domanda va conservata per 5 anni.  
Nei casi a) e b), laddove è previsto l'invio con allegato il documento di riconoscimento, la firma apposta sulla domanda vale quale consapevolezza delle disposizioni di cui agli artt. 45 e 46 del DPR n. 445/2000.
7. Il compilatore della domanda è:
  - a) il titolare della sede farmaceutica, per le farmacie private uninominali
  - b) il legale rappresentante della società, per le farmacie gestite in forma societaria
  - c) Il sindaco, per le farmacie pubbliche a gestione diretta,
  - d) il legale rappresentante del soggetto gestore, per le farmacie pubbliche a gestione societaria.
8. Il Volume d'affari complessivo ai fini IVA (fatturato) è quello di norma riportato nel rigo VE50 (o analogo per significato) della Dichiarazione IVA dell'anno di presentazione della domanda, riferito all'annualità precedente.
9. Per le farmacie che gestiscono succursali, dispensari o proiezioni farmaceutiche, i relativi volumi d'affari ai fini Iva concorrono alla formazione del volume di affari complessivo.
10. Se non già allegata alla domanda stessa, entro il 15 giugno dovrà essere comunicata via PEC, al seguito della domanda presentata entro il 31/05, la documentazione giustificativa del volume d'affari, anche in forma parziale rispetto al documento originale, con modello di autocertificazione di conformità al documento originale.
11. Per le società titolari di più farmacie, per le farmacie pubbliche che non abbiano optato per contabilità separata o per altri casi analoghi, il titolare/legale rappresentante allega la predetta documentazione idonea a dimostrare contabilmente il volume d'affari specificatamente ed esclusivamente della farmacia rurale per cui si chiede il contributo.
12. Il Volume d'affari ai fini IVA (fatturato) dichiarato nell'anno di presentazione della domanda ed il numero dei turni di notte sono oggetto di riparametrazione sulla base dell'effettivo periodo di apertura risultante agli atti dell'azienda sanitaria, qualora la farmacia abbia avuto un periodo di apertura inferiore ai 12 mesi nell'anno precedente a quello di presentazione della domanda.
13. In caso di mancata compilazione della sezione da A ad F della domanda o in assenza degli allegati previsti nelle apposite sezioni o in caso di palese non corrispondenza dei dati dichiarati a seguito di controlli successivi, verrà attribuito il punteggio minimo previsto per la corrispondente sezione.
14. Relativamente alla sezione C, la popolazione è quella riferita al 31 dicembre dell'anno antecedente a quello di presentazione della domanda e deve essere richiesta al Comune in conformità alle indicazioni di cui alla Legge n. 40/1973 ed alla classificazione ISTAT, tenuto conto dei centri e nuclei abitati con o senza continuità abitativa con altri centri abitati anche posti in Comuni diversi.
15. La domanda con firma autografa a cui non sia allegata la fotocopia del documento di riconoscimento, così come non firmata o spedita oltre il termine previsto o trasmessa con modalità diverse da quelle indicate nelle presenti istruzioni di compilazione, è irricevibile.