

RACCOMANDATA A/R da inviare entro e non oltre il 28 febbraio 2011

Domanda per l'erogazione dell'assegno di integrazione

Il sottoscritto dott. _____

Titolare individuale della Farmacia Privata (denominazione della farmacia)

sita in _____ prov. _____

Indirizzo _____

PREMESSO

- che nell'anno 2008 ha conseguito un fatturato complessivo ai fini IVA (rigo VE40 del modello IVA 2009 relativo all'anno 2008) pari a € _____ **(inferiore a € 250.000,00)**
- che nell'anno 2008 ha dichiarato ai fini IRPEF (rigo RN1 del modello Unico 2009 relativo ai redditi 2008) un reddito complessivo imponibile pari a € _____ **(inferiore a € 30.000,00);**
- che risulta titolare da ____ anni (**almeno 5**) della farmacia in epigrafe;
- che la farmacia rispetta puntualmente gli orari minimi di apertura al pubblico così come previsti dalle leggi regionali vigenti;

CHIEDE

a codesta Federazione, ai sensi del "Regolamento per l'erogazione dell'assegno di integrazione", di cui dichiara di aver preso compiuta visione, l'erogazione dell'assegno di integrazione relativo al Fondo di solidarietà nei confronti delle piccole farmacie.

A tale riguardo allega alla presente:

1. copia dei modelli di dichiarazione IVA relativi agli anni 2006, 2007 e 2008 autenticati dal professionista incaricato della trasmissione telematica delle dichiarazioni e accompagnati da copia della comunicazione di avvenuto ricevimento da parte dell'Agenzia delle entrate;
2. copia del quadro RN delle dichiarazioni dei redditi modello Unico relative agli anni 2006, 2007 e 2008;
3. copia autentica del decreto di autorizzazione all'esercizio;
4. certificazione rilasciata dal _____ (specificare se Sindaco ovvero ASL competente per territorio) che attesti il puntuale rispetto degli orari minimi di apertura al pubblico della farmacia così come previsti dalle leggi regionali vigenti.

Con osservanza

Data _____

Firma
