

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDAS PARA LA REAPERTURA DE OFICINAS DE FARMACIA AFECTADAS POR LA DANA DE VALENCIA DE OCTUBRE DE 2024 CONCEDIDAS POR LA FUNDACION SUSTAINABLE PHARMACY DE LA COMUNITAT VALENCIANA Y EL MUY ILUSTRE COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA**

D./D<sup>a</sup>.: \_\_\_\_\_

Con NIF: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Titular de la oficina de farmacia \_\_\_\_\_

Número de colegiado \_\_\_\_\_

Cuenta de abono de la ayuda concedida \_\_\_\_\_

Por la presente, **SOLICITO**, conforme a las bases reguladoras de las mismas que declaro conocer, las siguientes ayudas para la reapertura de oficinas de farmacia de la provincia de Valencia afectadas por la DANA del 2024.

700 euros por ayuda básica por cierre temporal derivado de daños materiales causados a mi farmacia por la DANA.

500 euros adicionales por siniestro total de equipos informáticos.

500 euros adicionales por siniestro total de mobiliario.

Total solicitado: \_\_\_\_\_ euros.

**DECLARO RESPONSABLEMENTE:**

Que como consecuencia de la DANA de octubre de 2024, he tenido en mi oficina de farmacia daños que han provocado su cierre al público.

Que los datos que he manifestado en el presente formulario son verídicos y que autorizo al Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia a su comprobación.

Que el importe íntegro de estas ayudas se va a destinar, o se ha destinado ya, a sufragar los costes de reapertura de mi oficina de farmacia.

Que en el supuesto de que las ayudas recibidas por todos los conceptos (incluyendo subvenciones y las indemnizaciones recibidas en concepto de seguro), supere el coste asumido para la reapertura de mi oficina de farmacia, por la presente me **COMPROMETO** a devolver las mismas hasta el límite del excedente producido, para lo cual aportaré al MICOF la documentación que en su caso me solicite.

Firmado:

D/Dña.:

*Nombre y apellidos y firma*

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.