



Comune di Parma

Settore Sportello Attività Produttive e Edilizia

Al S.U.A.P.E. del Comune di Parma

Il sottoscritto **PUNGHELLINI GIAN LUIGI**

nato a [] C.F. [] residente a [] provincia di []
indirizzo: [] CAP []
tel: 0521 984221 fax: // // // // cell: []
e-mail: [] PEC: gianluigi.punghellini@archiworldpec.it

nella sua qualità di:

- intestatario titolo (persona fisica)
 intestatario titolo (legale rappresentante di persona giuridica)
 procuratore (speciale o generale) notarile del soggetto intestatario titolo

consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

TRASMETTE LA PRESENTE DICHIARAZIONE PER L'ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo ai sensi del DPR 642 del 26/10/1972 e s.m.i. relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione:

Numero identificativo della marca da bollo **01230482470401**

- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

- in fase di presentazione dell'istanza (indicare il tipo di istanza)
 in fase di rilascio del provvedimento (indicare il provvedimento)

**AUTORIZZAZIONE APERTURA FARMACIA LINARDIS
PIAZZALE VITTORIO EMANUELE SECONDO 19/C - PARMA)**

Spazio per l'apposizione della marca da bollo, da annullare con un timbro data



IL DICHIARANTE

(firma digitale)

AVVERTENZE:

- Il presente modello, provvisto di marca da bollo (annullato secondo le indicazioni), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma digitale del/dei dichiarante/dichiaranti o del procuratore speciale;
- deve essere allegato come file alla pratica presentata in modalità telematica;
- l'annullamento del contrassegno telematico applicato nell'apposito spazio dovrà avvenire tramite apposizione, parte sul contrassegno e parte sul foglio, della data di presentazione.

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO
A: SUAP Parma Comune di PARMA

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	AUTORIZZAZIONE APERTURA FARMACIA LINARDIS DEL DOTT. ARIS LINARDIS PER AMPLIAMENTO LOCALI E MODIFICA ATTRIBUZIONE NUMERO CIVICO .

il/la sottoscritto/a(*)	PUNGHELLINI GIAN LUIGI			
Nato a(*)				
il(*)		cod.Fiscale(*)		
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)			CAP(*)	43126
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	VIA LA SPEZIA 154			
tel.(*)	0521984221		fax	
località/frazione			cellulare	
PEC (*)	GIANLUIGI.PUNGHELLINI@ARCHIWORLDPEC.IT			
domicilio elettronico				

In qualità di: **Professionista/associazione di categoria/altro soggetto munito di procura/in qualità di delegato dal procuratore (delegato dal procuratore SOLO per impianti radioelettrici per telefonia mobile)**

Descrizione qualifica	PROFESSIONISTA INCARICATO		
Specifica:			
Comune		provincia della sede	

Isritto all'albo	ORDINE DEGLI ARCHITETTI, PIANIFICATORI, PAESAGGISTI E CONSERVATORI				
Specifica:					
Numero albo	279	Prov. Di Iscrizione	PR	Data iscrizione	10-04-1986

Ai sensi del DPR 445/2000 dichiaro di essere stato delegato dall'impresa sotto indicata alla presentazione della presente Istanza		
Specifica:		
tramite l'atto di procura speciale		
sottoscritto il	11-03-2024	custodito presso la sede dell'associazione/lo studio del professionista/la sede dello studio professionale associato e allegato alla presente

Per conto di: Impresa iscritta alla CCIA (individuale, società di persone, società di capitali, società cooperative)

CF / P. IVA (REA)		Forma giuridica	IMPRESA INDIVIDUALE
denominazione/ragione sociale (*)	FARMACIA LINARDIS DEL DOTT. ARIS LINARDIS		
Con sede in (*)	PARMA	CAP.(*)	43121
Codice catastale comune	G337	ISTAT Comune	034027
Provincia	PARMA (PR)	ISTAT Provincia	034
indirizzo(*)	PIAZZALE VITTORIO EMANUELE II 19		
telefono	0521244017	fax	
eMail	FARMACIA.LINARDIS@GMAIL.COM		
cod.Fiscale (*)		P.IVA.	02693340347
Provincia di iscrizione al registro imprese	PR	num.	259405

dati rappresentante legale o titolare

Carica legale rappresentante	TITOLARE		
Nome e cognome (*)	ARIS LINARDIS		
Nato a (*)		In data (*)	
Codice fiscale (*)			
Residente a (*)		CAP.(*)	
Indirizzo (*)			

OGGETTO
AUTORIZZAZIONE APERTURA FARMACIA LINARDIS DEL DOTT. ARIS LINARDIS PER AMPLIAMENTO LOCALI E MODIFICA ATTRIBUZIONE NUMERO CIVICO .

Scelte effettuate per la compilazione

INTERVENTI:
- Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

D I C H I A R A

AI: PARMA

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI FARMACIA - TRASFERIMENTO DEI LOCALI DELLA FARMACIA ALL'INTERNO DELLA PROPRIA SEDE FARMACEUTICA

DICHIARAZIONE RELATIVA AL TRASFERIMENTO DELLA FARMACIA IN ALTRI LOCALI

di chiedere il trasferimento della farmacia:

all'interno della sede farmaceutica n.	13
--	----

e nel rispetto della normativa vigente in materia di distanza tra le farmacie

in via	PIAZZALE VITTORIO EMANUELE SECONDO
--------	------------------------------------

n.	19/C
----	------

dell'attuale ubicazione in

via	PIAZZALE VITTORIO EMANUELE SECONDO
-----	------------------------------------

n.	19
----	----

Di:

impegnarsi a produrre la documentazione attestante l'agibilità e la conformità edilizia dei locali nel momento in cui verrà fatta l'ispezione	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

ai sensi dell'art. 3 del DM 10 novembre 2011, che disciplina le modalità di pagamento dell'imposta di bollo (ex DPR 642/1972) sulle domande online ai SUAP:

di aver assolto all'imposta di bollo per l'importo di 16 euro	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

mediante contrassegno adesivo (marca da bollo)	<input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------------------

numero:	01230482470401
---------	----------------

emesso in data	20-02-2024
----------------	------------

mediante F24	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

mediante pagamento online con PagoPA (https://pagopa.vigilfuoco.it/)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

mediante pagamento online dell' IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA IN MODO VIRTUALE (Art.15 D.P.R. del 26 ottobre 1972 n. 642)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

E INOLTRE DICHIARA:

di essere consapevole che è nella piena, esclusiva e diretta responsabilità del richiedente l'obbligo di utilizzare una marca da bollo per ogni singola istanza, e pertanto non è possibile comunicare gli stessi estremi di una marca da bollo per istanze diverse, ovvero utilizzare più volte gli stessi dati identificativi della marca da bollo per istanze diverse

di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo e di impegnarsi a conservarne l'originale contestualmente alla predetta istanza a cui esclusivamente afferisce per eventuali controlli da parte dell'amministrazione

di essere ESENTE dall'imposta di bollo in quanto:	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

che per maggior chiarezza, si precisa:

NON è necessaria nessuna nota aggiuntiva	<input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------------------

per maggior chiarezza, preciso che:	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

CONDIZIONI

CONDIZIONE TRASVERSALE - Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea	<input type="checkbox"/>
CONDIZIONE TRASVERSALE - L' attività è svolta in forma societaria (da NON cliccare in caso di SRL unipersonali o con amministratore unico e di SAS con unico accomandatario)	<input type="checkbox"/>

Ai fini dell'espressione degli atti di assenso si allega la seguente documentazione:

Planimetria quotata dei locali con layout degli arredi e delle attrezzature - Planimetria Farmacia Linardis.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica - Documento identità Gian Luigi PungHELLINI.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica - PERIZIA GIURATA DISTANZE.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica - Assolvimento imposta di bollo - presentazione.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica - Documento identità Aris Linardis.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica - Diritti segreteria FARMACIA 7b0b2564-8d0f-45df-a99f-2314a434ebba_QP.pdf.p7m (OK documento allegato).
Procura Speciale - Procura Speciale alla presentazione telematica.pdf.p7m (OK documento allegato).

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016)

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, le informazioni sono reperibili al seguente link:

<https://auwordpress.lepida.it/informativa-privacy/>

Data presentazione: 14-03-2024 14:14



Comune di Parma

SETTORE ATTIVITA' PRODUTTIVE E EDILIZIA

S.O. SPORTELLO UNICO PER LE ATTIVITA' PRODUTTIVE E L'EDILIZIA

RICEVUTA DI PROTOCOLLAZIONE pratica n. 1806/2024

Oggetto pratica: Descrizione sintetica dell'intervento: AUTORIZZAZIONE APERTURA FARMACIA LINARDIS DEL DOTT. ARIS LINARDIS PER AMPLIAMENTO LOCALI E MODIFICA ATTRIBUZIONE NUMERO CIVICO .

Localizzazione: n.

ISTANZA / SCIA / COMUNICAZIONE

Si comunica che la pratica n. 1806/2024 relativa alla richiesta di Descrizione sintetica dell'intervento: AUTORIZZAZIONE APERTURA FARMACIA LINARDIS DEL DOTT. ARIS LINARDIS PER AMPLIAMENTO LOCALI E MODIFICA ATTRIBUZIONE NUMERO CIVICO . per l'attività localizzata in Parma, n. e' stata presentata al Comune di Parma in data 14/03/2024 e regolarmente acquisita a protocollo con i seguenti identificativi:

pratica SUAP n. 1806/2024 - prot. PG 0061268 del 14/03/2024

Tempi del procedimento ai sensi del D.Lgs 126/2016:

- SCIA: il termine finale previsto per le verifiche e controlli è di 60 giorni a far tempo dal ricevimento della SCIA fatta salva l'interruzione del predetto termine, nel caso d'invito alla conformazione dell'attività ai sensi dell'art. 19 comma 3 legge 241/1990 e ss.mm.

- ISTANZA: il termine di conclusione per ciascun procedimento è stabilito dalla normativa vigente di settore e dall'esito conclusivo dell'eventuale conferenza dei servizi fatta salva l'eventuale sospensione o interruzione dei termini nei casi previsti negli artt. 2 e 10.bis L. 241/90 e ss.mm.

- COMUNICAZIONE: il termine per l'eventuale verifica è di 30 giorni.

Informativa per la tutela dei dati personali:

I vostri dati sono conservati e trattati nel rispetto del Regolamento Europeo n. 679/2016

Per maggiori informazioni:

<https://www.comune.parma.it/it/informazioni-general/privacy-gdpr>



Comune di Parma

SETTORE ATTIVITA' PRODUTTIVE E EDILIZIA

S.O. SPORTELLO UNICO PER LE ATTIVITA' PRODUTTIVE E L'EDILIZIA

Una copia di questa comunicazione è stata inviata al domicilio elettronico indicato in fase di compilazione della pratica.

Arch. Gian Luigi PungHELLINI
via La Spezia n°154 - 43126 Parma
mobil
Mail:

Parma, 23-02-2024



Mail: farmacia.linardis@gmail.com
Pec: 0653300@pec.federfarma.it

Spettabile
FARMACIA LINARDIS
del dott. ARIS LINARDIS
Piazzale Vittorio Emanuele secondo 19
43121 Parma
codice fiscale 02693340347

OGGETTO : PERIZIA GIURATA

1 PREMESSA

La relazione è necessaria per consentire alla società **FARMACIA LINARDIS** - (già sede farmaceutica numero 13 urbana in esercizio) di avere le autorizzazioni necessarie per la apertura dei locali in ampliamento della farmacia esistente con nuovo accesso all'interno dei locali in locazione posti al piano terreno dell'edificio a destinazione mista commerciale/ direzionale / residenziale in Parma, Piazzale Vittorio Emanuele secondo civici 19C / 19E , di proprietà Davide Carra Zanchi .

Il criterio della distanza minima tra farmacie, come stabilito all'art. 1 Legge 475/68 prevede che:

“ Ogni nuovo esercizio di farmacia deve essere situato ad una distanza degli altri non inferiore a 200 metri e comunque in modo di soddisfare le esigenze degli abitanti della zona.

La distanza è misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia delle farmacie.”

Le farmacie esistenti limitrofe alla **Farmacia Linardis** oggetto di apertura sono le seguenti :

-FARMACIA COSTA _s.a.s. di Scolari Franca Lisa, Bertocco Simona e C.

via Emilia Est n° 63 – Pr (sede Farmaceutica 27 Urbana)

-FARMACIA STADIO TARDINI delle dott.sse Ursula e Sonia Mezzadri

Piazzale Risorgimento n° 1 - Pr (sede Farmaceutica n° 35 Urbana)

-FARMACIA ALLEGRI di Maggiorelli Maria Cristina e Mazzocchi Carolina SNC

Strada Repubblica n° 70/b - Pr (sede Farmaceutica n° 12 Urbana)

TUTTO CIO' PREMESSO

Il sottoscritto PUNGHELLINI GIAN LUIGI nato a
il residente in , con studio in Parma via La Spezia 154
iscritto all'Albo Architetti Provincia di Parma al n°279 ,

REDIGE

la seguente relazione dopo aver svolto i necessari accertamenti e sopralluoghi in loco.

2 MISURAZIONE DELLA DISTANZA

La distanza misurata per la via pedonale più breve tra la soglia dell'ingresso della **Farmacia Linardis** in Parma, Piazzale Vittorio Emanuele Secondo 19 e la soglia della **FARMACIA COSTA** in Parma via Emilia Est n° 63 corrisponde a circa 770 metri lineari .

La distanza misurata per la via pedonale più breve tra la soglia dell'ingresso della **Farmacia Linardis** in Parma, Piazzale Vittorio Emanuele Secondo 19 e la soglia della **FARMACIA STADIO TARDINI** in Parma P.le Risorgimento n° 1 corrisponde a circa 490 metri lineari .

La distanza misurata per la via pedonale più breve tra la soglia dell'ingresso della **Farmacia Linardis** in Parma, Piazzale Vittorio Emanuele Secondo 19 e la soglia della **FARMACIA ALLEGRI** in Parma Strada Repubblica n° 70/b corrisponde a circa 340 metri lineari .

In allegato planimetria satellitare con tracciato distanze.

Il sottoscritto assevera pertanto che la distanza tra la FARMACIA LINARDIS (Sede Farmaceutica n° 13 Urbana) e le farmacie limitrofe citate in perizia è superiore a mt. 200, misurati per la via pedonale più breve tra soglia e soglia richiesti dall'art.1 legge 475-68.

Firma e timbro professionale

Gian Luigi PungHELLINI
ARCHITETTO
GIAN LUIGI PUNGHELLINI
n° 279
ORDINE DEGLI ARCHITETTI, PAESAGGISTI E CONSERVATORI
PROVINCIA DI PARMA

Sede Farmaceutica 13
Piazzale Vittorio Emanuele II n°19 - Parma

FARMACIA LINARDIS
del dott. Aris Linardis
codice fiscale 02693340247

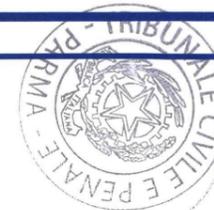
Allegato Perizia Giurata
DR. ARCH.
GIAN LUIGI PUNGHELLINI



Inquadramento Piazzale Vittorio Emanuele Secondo sede Farmacia Linardis



- Localizzazione Farmacia Linardis ● tracciato distanza pedonale ml. 770 ● Localizzazione Farmacia Costa
- Localizzazione Farmacia Linardis ● tracciato distanza pedonale ml. 490 ● Localizzazione Farmacia Stadio Tardini
- Localizzazione Farmacia Linardis ● tracciato distanza pedonale ml. 340 ● Localizzazione Farmacia Allegri





RG 3482/24
N. Cron. 3347/24

TRIBUNALE ORDINARIO DI PARMA

VERBALE DI GIURAMENTO DI PERIZIA EXTRAGIUDIZIALE

In data _____ nella Cancelleria del Tribunale Ordinario di Parma, avanti al sottoscritto Direttore / Funzionario Giudiziario, è personalmente comparso

il sig. **PUNGHELLINI GIAN LUIGI** nato a _____
residente a _____ identificato con documento carta identità n° _____
rilasciato da _____ di professione **Architetto**
iscrizione Ordine Architetti di Parma numero **279**

eventualmente iscritto/a all'Albo del Tribunale con i seguenti riferimenti _____

il quale, avendo proceduto alle necessarie operazioni, presenta l'avanti estesa relazione peritale, composta da n. **2** di pagine e n. **1** di allegati, timbrate per ogni foglio, redatta per incarico e a richiesta di **FARMACIA LINARDIS** del dott. **Aris Linardis** con sede a 43121 Parma Piazzale Vittorio Emanuele secondo n° 19 **Codice fiscale 02693340247**, e chiede di asseverarla con giuramento.

La persona comparente, ammonita ai sensi dell'art. 193 c.p.c. e dell'art. 483 c.p., ha prestato il giuramento ripetendo le parole: "**giuro di aver bene e fedelmente proceduto alle operazioni e di non aver avuto altro scopo che quello di far conoscere la verità**". Si raccoglie il presente giuramento di perizia stragiudiziale per gli usi consentiti dalla legge.

Letto, confermato e sottoscritto

IL PERITO

L'ADDETTO AL SERVIZIO

Nota Bene:

L'Ufficio non assume alcuna responsabilità per quanto riguarda il contenuto della perizia asseverata con il giuramento di cui sopra.





PROCURA "SPECIALE"

ai sensi comma 3 bis art.38 DPR.445/2000

Codice di identificazione della pratica: SUAP **AUTORIZZAZIONE APERTURA FARMACIA**
202403131650-3120715

lo sottoscritto

cognome **LINARDIS**

nome **ARIS**

in qualità di:

TITOLARE FARMACIA LINARDIS del dott. Aris Linardis codice fiscale 02693340347 con sede in
Parma Piazzale Vittorio Emanuele Secondo n° 19/C

codice fiscale

- "aggiungi anagrafica" - in caso di più soggetti

con la presente scrittura, a valere ad ogni fine di legge, conferisco a:

associazione (specificare):

studio Professionale (specificare):

ARCHITETTO PUNGHELLINI GIAN LUIGI

altro (es.: privato cittadino, da specificare): via La Spezia n° 154

con sede (solo per forme associate):

comune

Parma

prov.

Parma

codice
fiscale/Partita Iva

0	1	5	4	8	3	3	0	3	4	7				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

nella persona di:

cognome

PUNGHELLINI

nome

GIAN LUIGI

codice fiscale

Te

Mail

PEC gianluigi.punghellini@archiworldpec.it

procura speciale:

- per la sottoscrizione con firma digitale, compilazione e presentazione telematica della pratica, al SUAP territorialmente competente e/o alla CCIAA;
- per tutti gli atti e le comunicazioni, inerenti all'inoltro on-line della medesima pratica;
- per l'elezione del domicilio speciale elettronico di tutti gli atti e le comunicazioni inerenti la pratica e/o il procedimento amministrativo, presso l'indirizzo di posta elettronica del procuratore, che provvede alla trasmissione telematica (la ricezione di atti e provvedimenti anche limitativi della sfera giuridica del delegante);
- altro: **OGNI ADEMPIMENTO SUCCESSIVO PREVISTO DAL PROVVEDIMENTO.**

Sarà mia cura comunicare tempestivamente l'eventuale revoca della procura speciale a: Sportello Unico per le attività produttive territorialmente competente/ CCIAA.

Prendo atto dell'informativa* di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Privacy) in calce alla presente.

Dichiaro inoltre

ai sensi e per gli effetti dell'articolo 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci o, nel caso di SCIA, consapevole dell'applicazione delle sanzioni penali di cui all'art. 19, comma 6, della legge 241/1990, che:

- ✓ i requisiti dichiarati nella modulistica corrispondono a quelli effettivamente posseduti e richiesti per i soggetti indicati ed i locali dell'attività, dalla normativa vigente,
- ✓ la corrispondenza della modulistica e delle copie dei documenti (non notarili) allegati alla precitata pratica, ai documenti conservati agli atti dell'impresa e del procuratore,
- ✓ di sottoscrivere gli elaborati grafici cartacei, i cui file saranno firmati digitalmente e successivamente inviati dal procuratore.

Dichiarazione da compilare unicamente per la CCIAA:

Cariche sociali

- rilevante nell'ipotesi di domanda di iscrizione della nomina alle cariche sociali-

Dichiara/no che non sussistono cause di ineleggibilità ai fini dell'iscrizione delle cariche assunte in organi di amministrazione (art. 2383 c.c.) e di controllo (art. 2400 c.c.) della società.

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

Luogo: **PARMA** Data: **11-03-2024**

In fede
(il delegante)
(N.B La firma si intende per la sottoscrizione dell'intero modulo di procura)

IL PROCURATORE (incaricato)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa dal Procuratore ai sensi del DPR 447/2000, art. 47 per presa visione ed accettazione dell'incarico conferito.

Il procuratore, che sottoscrive con firma digitale la copia informatica (immagine scansionata) del presente documento, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

- ✓ di agire in qualità di procuratore speciale in rappresentanza del soggetto che ha posto la propria firma autografa sulla procura stessa;
- ✓ che i dati trasmessi in via telematica sono stati resi in modo fedele alle dichiarazioni del soggetto rappresentato;
- ✓ che la copia informatica di eventuali documenti non notarili contenenti dichiarazioni presenti nella modulistica destinata al SUAP/CCIA, allegati alla pratica inviata, corrispondono ai documenti acquisiti, che sono stati prodotti dal delegante;
- ✓ che la conservazione in originale dei documenti avviene presso la sede del procuratore qualora non siano custoditi presso il soggetto delegante;
- ✓ che gli elaborati grafici cartacei già firmati da tutti i soggetti (proprietari e tecnici), che a causa del grande formato non sono scansionabili integralmente, sono conformi ai file firmati digitalmente.

I medesimi file, firmati digitalmente, sono inviati con:

- la copia informatica dell'intestazione/cartiglio cartaceo (di formato A4) contenente le firme dei soggetti sottoscrittori,
- la copia informatica del documento d'identità dei sottoscrittori.

Firmato in digitale dal procuratore



Nota_1: informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Privacy)

I dati riferiti a persone ed imprese sopra riportati, sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini della pratica e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Nota_2: Modalità

Il presente modello, se non firmato digitalmente dal delegante, deve essere compilato e sottoscritto con firma autografa dal delegante.

Successivamente a cura del delegato/incaricato/procuratore, deve essere scansionato e trasformato in copia informatica di formato: pdf, firmato digitalmente dal delegato ed allegato alla pratica.

Al presente modello deve essere sempre allegata la copia informatica di un documento di identità valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa.

La copia informatica del documento è costituita dal documento scansionato.

