

| | |
|---|--|
| PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO EX D.P.R. 160/2010 | <i>Imposta di bollo assolta in modalità virtuale</i> |
| SUAP Comune di PARMA | |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Oggetto pratica | |
| descrizione sintetica dell'intervento | Trasferimento della farmacia sita in v B.Zanardi20 all'interno della propria sede farmaceutica57 in altri locali ubicati in v.Zanardi20 angolo v. Don Sturzo. |

| | | | |
|---|----------------------------------|----------------|------------|
| il/la sottoscritto/a(*) | PALMAROCCHI CHIARA | | |
| 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(*) |
| Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*) | VIA B.ZANARDI 20 | | |
| tel.(*) | 0521975855 | fax | 0521975855 |
| località/frazione | PARMA | cellulare | 3491651270 |
| PEC (*) | FARMACIALAFENICESNC@LEGALMAIL.IT | | |
| domicilio elettronico | FARMACIALAFENICESNC@LEGALMAIL.IT | | |

| | |
|-----------------------------------|---|
| a titolo di (*) | TITOLARE |
| Specificare: | |
| Carica legale rappresentante | DIRETTORE |
| denominazione/ragione sociale (*) | FARMACIA LA FENICE SNC DELLA DR.SSA CHIARA PALMAROCCHI & C. |
| CF / P. IVA (REA) | 02905060345 |
| Forma giuridica | SOCIETA' IN NOME COLLETTIVO |

| | | | |
|---|-------------------------------|-----------------|------------|
| Con sede in (*) | PARMA | CAP. (*) | 43123 |
| Codice catastale comune | G337 | ISTAT Comune | 34027 |
| Provincia | PARMA (PR) | ISTAT Provincia | 34 |
| Indirizzo (*) | VIA BONFIGLIO ZANARDI 20 | | |
| telefono | 0521975855 | fax | 0521975855 |
| eMail | FARMACIALAFENICESNC@GMAIL.COM | | |
| Iscrizione al Registro imprese di | PR | num. | 276297 |
| Codice ATECO dell'attività oggetto della presente istanza | 47.73.1 | | |

| | | | |
|--|-------------|--------|-------------|
| cod.Fiscale o Identificativo Straniero (*) | 02905060345 | P.IVA. | 02905060345 |
|--|-------------|--------|-------------|

OGGETTO

Trasferimento della farmacia sita in v B.Zanardi20 all'interno della propria sede farmaceutica57 in altri locali ubicati in v.Zanardi20 angolo v. Don Sturzo.

Scelte effettuate per la compilazione

SETTORE: Subentro - Modifica

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

DICHIARAZIONE RELATIVA AL TRASFERIMENTO DELLA FARMACIA IN ALTRI LOCALI

di chiedere il trasferimento della farmacia:

| | |
|--|----|
| all'interno della sede farmaceutica n. | 57 |
|--|----|

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

| | |
|--------|---|
| in via | BONFIGLIO ZANARDI ANGOLO VIA DON LUIGI STURZO |
|--------|---|

| | |
|----|----|
| n. | 20 |
|----|----|

dell'attuale ubicazione in

| | |
|-----|-------------------|
| via | BONFIGLIO ZANARDI |
|-----|-------------------|

| | |
|----|----|
| n. | 20 |
|----|----|

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA GESTIONE DELLA FARMACIA

che:

| | |
|--|---|
| ai fini della gestione della farmacia e nel rispetto di quanto stabilito all'art.11 comma 7 del DL 1/2012 è stata costituita la società (specificare denominazione): | FARMACIA LA FENICE SNC DELLA DR.SSA CHIARA PALMAROCCHI & C. |
|--|---|

| | |
|-----------|-------------|
| con P.IVA | 02905060345 |
|-----------|-------------|

| | |
|-------------------------|-----------|
| con N. Iscrizione CCIAA | PR-276297 |
|-------------------------|-----------|

| | |
|--|--------------------|
| i cui soci coassegnatari sono (indicare nome e cognome): | CHIARA PALMAROCCHI |
|--|--------------------|

| | |
|--|---------------------|
| i cui soci coassegnatari sono (indicare nome e cognome): | MARIA ANGELA ANGIOY |
|--|---------------------|

| | |
|--|--------------------|
| e di individuare quale Direttore della farmacia (indicare Cognome e Nome del co-titolare scelto) | CHIARA PALMAROCCHI |
|--|--------------------|

N.B.: TUTTI i soci coassegnatari DEVONO, SOLO IN CASO DI APERTURA E RINUNCIA ALLA TITOLARITA' DELLA FARMACIA, firmare la presente domanda digitalmente o con firma autografa, allegando in tal caso un documento d' identità valido

DICHIARAZIONE PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

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: | 01200115955927 |
|---------|----------------|

| | |
|----------------|------------|
| emesso in data | 10-04-2021 |
|----------------|------------|

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

E INOLTRE DICHIARA:

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 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

| | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| mediante pagamento online con PagoPA | <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"/> |
|--|--------------------------|

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

ANNOTAZIONI EVENTUALI

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

| | |
|---|--------------------------|
| Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|

| | |
|---|-------------------------------------|
| 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 checked="" type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|

ALLEGA

| |
|--|
| Planimetria dei locali con layout degli arredi e delle attrezzature - LAYOUT FARMACIA LA FENICE.pdf.p7m (OK documento allegato). |
|--|

| |
|--|
| Copia documento d'identità in corso di validità ai sensi del DPR 445/2000 (OBBLIGATORIO per coloro che firmano in maniera autografa la PROCURA SPECIALE) |
|--|

| |
|---|
| Copia del documento d'identità in corso di validità ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445 art.38 degli altri soci (OBBLIGATORIO per chi non sottoscrive digitalmente) - carta d'identità angioy.pdf (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 - ricevuta versamento diritti di segreteria.pdf (OK documento allegato). |
|--|

| |
|--|
| * Collegato a Copia del documento d'identità in corso di validità ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445 art.38 degli altri soci (OBBLIGATORIO per chi non sottoscrive digitalmente) - CARTA D'IDENTITÀ Palmarocchi.pdf (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: 16-04-2021 10:52