



## FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AOOAUSLPR  
REGISTRO: Protocollo generale  
NUMERO: 0000339  
DATA: 03/01/2019  
OGGETTO: Domanda di trasferimento Farmacia San Filippo Neri di Beduschi Fabrizio

### CLASSIFICAZIONI:

### DOCUMENTI:

File	Hash
PG0000339_2019_Pec id_545077.eml.eml:	EEC0F7B4DC39D30BF49DA6E10DE1226A0ABA182C3287F10B 63055C65DB98E768
PG0000339_2019_trasferimento farmacia san filippo neri.pdf.pdf:	1DE74738DC0834CD8B3DD79948C3448A058DDAE57A09E1642 B19539CB05A2AE7



L'originale del presente documento e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.  
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

<b>COMPROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO</b> EX.D.P.R. 160/2010		Imposta di bollo assolta in modalità virtuale
11 DIC. 2018 netb P.G. N. 254241 CT. <input checked="" type="checkbox"/> CL. 3 SCL. FL. 1 SFL. 7		SUAP Comune di PARMA
Oggetto pratica		
descrizione sintetica dell'intervento		<b>DOMANDA DI TRASFERIMENTO IN ALTRI LOCALI DI FARMACIA</b>

il/la sottoscritto/a(*)	ZANASI BARBARA		
Nato a(*)	CREMONA (Prov: CR)		
il(*)	26-03-1978	cod.Fiscale(*)	ZNSBBR78C66D150W
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)	CASTELVERDE (Prov: CR)	CAP(*)	26022
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria(*)	CREMONA, VIA ANTICHE FORNACI 4		
tel. (*)	037253561	fax	0372535649
località/frazione		cellulare	
PEC (*)	STUDIOCOMMERCIALISTI.CR@LEGALMAIL.IT		
domicilio elettronico	STUDIOCOMMERCIALISTI.CR@LEGALMAIL.IT		

Descrizione qualifica	PROFESSIONISTA		
Specifica:			
Comune		provincia della sede	

Iscritto all'albo			
Specifica:			
Numero albo		Prov. Di Iscrizione	Data iscrizione
Ai sensi del DPR 445/2000 dichiaro di essere stato delegato dall'impresa sotto indicata alla presentazione della presente			
Specifica:	DOMANDA DI TRASFERIMENTO		
tramite l'atto di procura speciale			
sottoscritto il	10-12-2018	custodito presso la sede dell'associazione/lo studio del professionista/la sede dello studio professionale associato e allegato alla presente	

Per conto di :	Impresa (individuale, società di persone, società di capitali, società cooperative)
----------------	---

denominazione/ragione sociale (*)	FARMACIA SAN FILIPPO NERI DI BEDUSCHI FABRIZIO		
Con sede in(*)	PARMA (Prov: PR)	CAP.(*)	43126
indirizzo(*)	VIA EMILIA OVEST 151/B		
telefono	0521674342	fax	
eMail			
cod.Fiscale (*)	BDSFRZ75H07D150O	P.IVA.	02592340349
Provincia di iscrizione al registro imprese	PR	num.	BDSFRZ75H07D150O

dati rappresentante legale o titolare

Nome e cognome (*)	FABRIZIO BEDUSCHI		
Nato a(*)	CREMONA (Prov: CR)	In data (*)	07-06-1975
Codice fiscale (*)	BDSFRZ75H07D150O		
Residente a (*)	POLESINE ZIBELLO	CAP.(*)	43016
Indirizzo (*)	PIAZZA GARIBALDI 18/A		

**OGGETTO**

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO IN ALTRI LOCALI DI FARMACIA**

*Scelte effettuate per la compilazione*

**SETTORE: Domanda di autorizzazione al trasferimento della farmacia in altri locali**

**INTERVENTI:**

**- Domanda di autorizzazione al trasferimento della farmacia in altri locali**

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

### TRASFERIMENTO LOCALI DELLA FARMACIA

di chiedere il trasferimento della farmacia:

dall' ubicazione in	PARMA - FRAZ. SAN PANCRAZIO
Via	VIA EMILIA OVEST
n°	151/B
nella nuova ubicazione in	PARMA - FRAZ. SAN PANCRAZIO
via	VIA EMILIA OVEST
n°	151/A
non inferiore a m. 200 dalla farmacia più vicina	<input checked="" type="checkbox"/>
di almeno 3000 m. dalle farmacie esistenti	<input type="checkbox"/>
E chiede pertanto che venga effettuata su di essi l'ispezione ai sensi dell'art.111 del T.U.LL.SS	<input checked="" type="checkbox"/>

### DESIGNAZIONE DIRETTORE DELLA FARMACIA

di:

individuare il Direttore della farmacia nella persona di:

Cognome	BEDUSCHI
Nome	FABRIZIO

### DENOMINAZIONE DELL'ATTIVITÀ

che l'attività è denominata come segue:

denominazione dell'attività	FARMACIA SAN FILIPPO NERI DI BEDUSCHI FABRIZIO
-----------------------------	--

### ASSOLVIMENTO 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:-	01151731875017
emesso in data	30-10-2018
mediante F24	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

1972 n. 642)

**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

di essere ESENTE dall'imposta di bollo in quanto:

**INSERIMENTO NOTE**

che per maggior chiarezza, si precisa:

non è necessaria nessuna nota aggiuntiva

per maggior chiarezza, preciso che:

**CONDIZIONI**

Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea

L'attività è esercitata in forma societaria

**ALLEGA**

Planimetria dei locali con layout degli arredi e delle attrezzature - Ok documento allegato.

Copia documento d'identità in corso di validità ai sensi del DPR 445/2000 (OBBLIGATORIO per chi non firma digitalmente)

Procura Speciale - Ok documento allegato.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati forniti e dichiara di essere previamente informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003, che i dati personali forniti saranno trattati dall'Ufficio ricevente esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale i dati sono resi, e che potranno essere comunicati ad altri soggetti, anche con mezzi informatici, solo per ragioni istituzionali, per operazioni e servizi connessi ai procedimenti e provvedimenti che lo riguardano. Dichiara, altresì, di essere informato che in ogni momento potrà esercitare i diritti previsti all'articolo 7 del summenzionato decreto legislativo.

Data presentazione: 10-12-2018 15:58

PROCURA SPECIALE

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

Codice univoco di identificazione della pratica:	ZNSBBR78C66D150W-201812100929-289525
CCIAA	

Io sottoscritto	FABRIZIO BEDUSCHI	
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/società	FARMACIA SAN FILIPPO NERI DI BEDUSCHI FABRIZIO	
Codice fiscale	BDSFRZ75H07D1500	

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

associazione (specificare):	
studio Professionale	REGIO SOLTANA BOLAZZO FABRIZIO-
altro (es.: privato cittadino, da specificare):	COMMERCIALISTI

con sede (solo per forme associate)

Comune	PREMONTE	Prov.	CR
Codice fiscale	0986420196		

nella persona di:

nome	BARBARA	cognome	ZANASI
Codice fiscale	ZNSBBR78C66D150W		
Tel./ cell	037253561		
e.mail/ PEC	STUDIOCOMMERCIALISTI.CR@LEGALMAIL.IT		

procura speciale

1. per la sottoscrizione con firma digitale, compilazione e presentazione telematica della pratica, al SUAP territorialmente competente e/o alla CCIAA;
  2. per tutti gli atti e le comunicazioni, inerenti all'inoltro on-line della medesima pratica;
  3. 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);
  4. altro (*specificare, ad es.:ogni adempimento successivo previsto dal procedimento*):
- 

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.

## 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'instestazione/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.

## 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		

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

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

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

Luogo: *PARMA*

Data: *10/11/2015*

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

Firma

*Felice Ballo*





**Pec id\_545077.eml.**

**Anteprima non disponibile.**

**Probabilmente il file non è convertibile in pdf ed è necessario quindi scaricarlo.**

**Ai fini di una eventuale pubblicazione sull'Albo On Line: questo file non sarà pubblicato e sarà mostrato questo messaggio al cittadino.**

