

Arch. Gian Luigi Punghellini
via La Spezia n°154 - 43126 Parma
mobile: 333 2957557
Mail: gpunghellini@gmail.com

Parma, 22-04-2025



Mail:
Pec: cinziagarreffa@pec.it

Spettabile
FARMACIA CENTRALE
della dott.ssa CINZIA GARREFFA
Piazza Achille Miodini n° 9B
43035 Felino (Pr)
cod. fisc.
Partita Iva 18007951009

OGGETTO : PERIZIA GIURATA

1 PREMESSA

La relazione è necessaria per consentire alla impresa individuale **FARMACIA CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA** iscritta al registro imprese REA n° PR-362991 in data 06-03-2025, di avere le autorizzazioni necessarie per la apertura dei locali della nuova farmacia in locazione posti al piano terreno dell'edificio a destinazione mista commerciale residenziale in Comune di Felino (Parma) Piazza Achille Miodini civico 9B di proprietà della società FIN.MED.sas.

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 Centrale** oggetto di apertura sono le seguenti :

-FARMACIA BRACCHI dr. Gian Antonio di Bracchi d.ssa Angelica
cod. Identificativo Regionale : 34013041 -sede Farmaceutica n° 1 Urbana-
Largo Brigate Alpine n° 3 - Felino (Pr) - titolare dott.ssa Angelica Bracchi

-FARMACIA SAN MICHELE TIORRE S.R.L.
cod. Identificativo Regionale : 34013131 -sede Farmaceutica n° 2 Rurale -
Frazione di San Michele Tiorre - via Dante Alighieri n°6/B – Felino (Pr)
titolare dott.ssa Elisabetta Grottoli

TUTTO CIO' PREMESSO

Il sottoscritto PUNGHELLINI GIAN LUIGI (codice fiscale)
nato a Parma , con studio professionale
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 Centrale della dott.ssa Cinzia Garreffa in Felino , Piazza Achille Miodini 9B
e la soglia della FARMACIA BRACCHI in Comune di Felino (Pr) Largo Brigate Alpine n°3
corrisponde a circa ml. **1200** (metri lineari milleduecento) .

La distanza misurata per la via pedonale più breve tra la soglia dell'ingresso della
Farmacia Centrale della dott.ssa Cinzia Garreffa in Felino, Piazza Achille Miodini 9B
e la soglia della FARMACIA SAN MICHELE TIORRE SRL in Comune di Felino (Pr)
frazione di San Michele Tiorre via Dante Alighieri n° 6B
corrisponde a circa ml. **1800** (metri lineari milleottocento) .

In allegato planimetria satellitare con tracciato distanze.

**Il sottoscritto assevera pertanto che la distanza tra la FARMACIA CENTRALE
DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA 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





REV 3350/2025

N. Cron. 2608/2025

TRIBUNALE ORDINARIO DI PARMA

VERBALE DI GIURAMENTO DI PERIZIA EXTRAGIUDIZIALE

In data 07-05-2025 nella Cancelleria del Tribunale Ordinario di Parma, avanti al sottoscritto Direttore / Funzionario Giudiziario, è personalmente comparso

il sig. **PUNGHELLINI GIAN LUIGI**

documento carta identità n°

rilasciato da **Comune di Parma** 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 CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA** con sede a 43035 Felino (Pr) Piazza Achille Miodini n° 9B Partita Iva 18007951009, 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

ARCHITETTO
**GIAN LUIGI
PUNGHELLINI**
n° 279



L'ADDETTO AL SERVIZIO

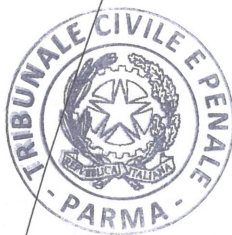
Il Funzionario

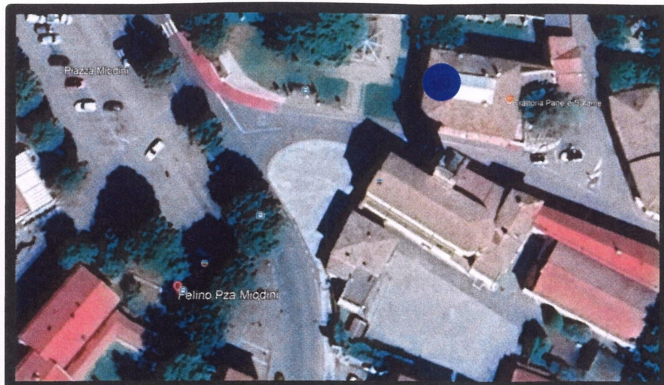
Dott. Francesco Martina

Nota Bene:

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







**FARMACIA CENTRALE
DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA**
Piazza Achille Miodini 9B - 43025 Felino (Pr)
Partita Iva 18007951009

Allegato perizia giurata distanza farmacie
architetto
GIAN LUIGI PUNGHELLINI

Gian Luigi PungHELLINI



Localizzazione Farmacia Centrale ● tracciato distanza pedonale ml.1200 ● Localizzazione Farmacia Bracchi

Localizzazione Farmacia Centrale ● tracciato distanza pedonale ml.1800 ● Localizzazione Farmacia San Michele Tiorre

PROCURA SPECIALE

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

Codice univoco di identificazione della pratica:	PNGGLG61T18G337A-202505171458-3541143
CCIAA	

Io sottoscritto	CINZIA GARREFFA
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/società	FARMACIA CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA
Codice fiscale	

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

associazione (specificare):	
studio Professionale	
altro (es.: privato cittadino, da specificare):	

con sede (solo per forme associate)

Comune		Prov.	
--------	--	-------	--

nella persona di:

nome	GIAN LUIGI	cognome	PUNGHELLINI
Codice fiscale			
Tel./ cell	0521984221		
e.mail/ PEC	GIANLUIGI.PUNGHELLINI@ARCHIWORLDPEC.IT		

procura speciale

1. per la sottoscrizione con firma digitale, compilazione e presentazione telematica della pratica, al SUAP territorialmente competente e/o al SUE 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 / Sportello Unico Edilizia 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 Co.AA.

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: **FELINO** Data: **23/04/2025**

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

Firma

--

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/SUE/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.

Documento protocollato

Pratica SUAP n. 792/2025/SUAP/UPP

Rif. Prot. n. 9956

Traversetolo li, 26/5/2025

Spett.le GARREFFA CINZIA
Legale rappresentante
FARMACIA CENTRALE DELLA DOTT.SSA
CINZIA GARREFFA
PIAZZA ACHILLE MIODINI, 9/B
43035 FELINO

c/o PUNGHELLINI GIAN LUIGI

**OGGETTO: Procedimento unico ai sensi del DPR 160/2010 e L.R. 4/2010.
Comunicazione di avvio del procedimento SUAP.**

In riferimento all'istanza di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso, presentata dalla ditta FARMACIA CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA per l'attività posta in PIAZZA ACHILLE MIODINI n. 9B a FELINO, si comunica che la richiesta è stata acquisita agli atti in data 17/05/2025, Prot. n. 9956.

La presente costituisce comunicazione di avvio del procedimento ai sensi della L. 241/1990 e del DPR 160/2010, in merito al quale si forniscono le seguenti indicazioni:

N. Progressivo 792/2025/SUAP/UPP	Data Presentazione 17/05/2025	Prot. n. 9956
Amministrazione Procedente	Unione Pedemontana Parmense	
Amministrazione Competente	COMUNE/AUSL	
Responsabile procedimento SUAP	Ravanetti Giovanna	
Ufficio per la visione degli atti	SUAP SEDE DI TRAVERSETOLO	
Orari di ricevimento	Martedì e Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 13,00 previo appuntamento.	
Contatti	Tel: 0521-344543 – E-mail: g.ravanetti@unioneppedemontana.pr.it PEC suap@postacert.unioneppedemontana.pr.it	
Termine per la conclusione del procedimento:	Quelli previsti dal DPR 160/2010 e dalle specifiche discipline di settore.	

Distinti saluti

Il Responsabile del Procedimento SUAP
(Giovanna Ing Ravanetti)
Documento firmato digitalmente

All'ASL Roma 4

protocollo@pec.aslroma4.it

Ufficio personale

alessandro.falcone@aslroma4.it

area.personale@aslroma4.it

UOC Area del Farmaco

giuseppe.guaglianone@aslroma4.it

area.farmaco@aslroma4.it

OGGETTO: DIMISSIONI VOLONTARIE

La sottoscritta CINZIA GARREFFA nata a , residente
, in servizio presso
codesta Azienda con la qualifica di DIRIGENTE FARMACISTA con contratto a tempo
determinato presso UOC Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale San Paolo di Civitavecchia

rassegna le proprie dimissioni

In conformità con quanto previsto dal CCNL di riferimento, intende fornire un preavviso di 15
giorni decorrenti dal 01/05/2025; in considerazione di ciò il suo ultimo giorno di lavoro sarà il
15/05/2025.

Distinti saluti.

Civitavecchia, 01/04/2025

Firma.

Documento protocollato

Traversetolo lì 26/5/2025

Pratica SUAP n. 792/2025/SUAP/UPP

Rif. Prot. n. 9956

AUSL PARMA

Servizio Farmaceutica Territoriale

Comune di FELINO

Ufficio Commercio e Sanità

OGGETTO: **Procedimento unico ai sensi del D.P.R. 160/2010 e L.R. 4/2010.**
Pratica SUAP 792/2025/SUAP/UPP relativa a Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso da effettuarsi in FELINO, PIAZZA ACHILLE MIODINI 9B a nome FARMACIA CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA.
Richiesta pareri e autorizzazioni

In data 17/05/2025 è stata presentata da FARMACIA CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA, P.IVA 18007951009 domanda di attivazione del procedimento unico per Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso da effettuarsi in FELINO, PIAZZA ACHILLE MIODINI 9B che si trasmette, unitamente alle istanze e documentazioni di competenza di ciascun Ente, ai fini del rilascio dei pareri, autorizzazioni e quant'altro previsto dalle norme.

Le Amministrazioni coinvolte nel procedimento devono far pervenire, per una sola volta, per via telematica, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione al SUAP, le eventuali richieste di integrazione. Tale richiesta deve contenere l'esatta e completa descrizione delle parti documentali carenti o mancanti, necessarie per lo svolgimento dell'istruttoria.

Le stesse Amministrazioni devono trasmettere allo scrivente Servizio i pareri di propria competenza entro i termini previsti dal DPR 160/2010 e dalla normativa di settore, decorrenti dalla data di presentazione della documentazione al SUAP.

Rimanendo in attesa dei pareri, autorizzazioni e quant'altro previsto dalla normativa si porgono
Distinti saluti.

Il Responsabile del Procedimento SUAP
(Ing. Giovanna Ravanetti)
Documento firmato digitalmente



UNIONE PEDEMONTANA PARMENSE

Sportello Unico Attività Produttive

c/o Comune di Traversetolo - Piazza V. Veneto n. 30 - Traversetolo

Sito web: www.unionepedemontana.pr.it - Tel. 0521 344543/44/73

E-mail: suap@unionepedemontana.pr.it PEC: suap@postacert.unionepedemontana.pr.it

C.F. – P. IVA 02511960342

RICEVUTA DI PROTOCOLLAZIONE pratica n. 792/2025/SUAP/UPP

Descrizione sintetica dell'intervento: Pratica PNGGLG61T18G337A-202505171458-3541143 per SUAP di Felino di FARMACIA CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso]

COMUNE DI FELINO

ISTANZA / SCIA / COMUNICAZIONE

Si comunica che la pratica n. 792/2025/SUAP/UPP relativa a *Descrizione sintetica dell'intervento: Pratica PNGGLG61T18G337A-202505171458-3541143 per SUAP di Felino di FARMACIA CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso]* per l'attività localizzata in Comune di FELINO è pervenuta al SUAP dell'Unione Pedemontana in data 17/05/2025 ed è stata acquisita a protocollo con i seguenti identificativi:

pratica 792/2025/SUAP/UPP protocollo n. 9956 del 17/05/2025

Amministrazione procedente: Unione Pedemontana Parmense – Sportello Unico Attività Produttive

Ufficio di riferimento per accesso atti o altre informazioni: Ufficio SUAP - 0521 344543/544/573

Domicilio elettronico - PEC: suap@postacert.unionepedemontana.pr.it

Il presente messaggio viene generato automaticamente dal sistema, seguiranno ulteriori comunicazioni di dettaglio in fase di presa in carico della presente pratica da parte degli uffici competenti.

Copia di questa comunicazione viene inviata al domicilio elettronico indicato in fase di compilazione della pratica in ACCESSO UNITARIO.

*Sportello Unico Attività Produttive
Unione Pedemontana Parmense*

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO

A: SUAP Pedemontana Parmense
Comune di **FELINO**

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	Pratica PNGGLG61T18G337A-202505171458-3541143 per SUAP di Felino di FARMACIA CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso]

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(*)
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	VIA LA SPEZIA 154		
tel.(*)	0521984221	fax	
località/ frazione		cellulare	3332957557
PEC (*)	GIANLUIGI.PUNGHELLINI@ARCHIWORLDPEC.IT		
domicilio elettronico	GPUNGHELLINI@GMAIL.COM		

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	

Iscritto 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	23-04-2025	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 CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA			
Con sede in (*)	FELINO	CAP. (*)	43035	
Codice catastale comune	D526	ISTAT Comune	034013	
Provincia	PARMA (PR)	ISTAT Provincia	034	
indirizzo(*)	PIAZZA ACHILLE MIODINI 9/B			
telefono	3397495218	fax		
eMail	FARMACIA.CENTRALE.GARREFFA@GMAIL.COM			
cod.Fiscale (*)		P.IVA.	18007951009	
Provincia di iscrizione al registro imprese	PR	num.	362991	

dati rappresentante legale o titolare

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

OGGETTO
Pratica PNGGLG61T18G337A-202505171458-3541143 per SUAP di Felino di FARMACIA CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA GARREFFA [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso]

Scelte effettuate per la compilazione

INTERVENTI:
- Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso

SCELTE EFFETTUATE PER LA COMPILAZIONE

SCHEDASUAP FARMACIA

Si dichiara di avere preso visione della scheda informativa Farmacia : <https://regioneer.it/farmacia-e-vendita-online-di-farmaci>

[X]

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: FELINO

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI FARMACIA - AVVIO IN SEDE FARMACEUTICA ASSEGNATA MEDIANTE CONCORSO

di presentare:

Domanda di Autorizzazione all'apertura di Farmacia, in riferimento all'Atto Regionale n.

949

del

17-01-2025

di assegnazione della sede farmaceutica n.

3

del Comune di

FELINO

avente titolare:

Nome

CINZIA

Cognome

GARREFFA

che l'attività è denominata come segue:

Denominazione commerciale dell'attività

FARMACIA CENTRALE DELLA DOTT.SSA CINZIA
GARREFFA

Che:

la sede operativa in cui si svolge l'attività o si effettua l'intervento è ubicata all'interno della sede farmaceutica precedentemente specificata, nel rispetto della normativa vigente in materia di distanza tra le farmacie. A tal fine dichiara, di impegnarsi a produrre la documentazione attestante l'agibilità e la conformità edilizia dei locali nel momento in cui verrà fatta l'ispezione.

[X]

dichiara che l'immobile/gli immobili /unità immobiliare/i è:

sito in:

Comune	Felino
(via, piazza, ecc.)	Piazza Achille Miodini
n°	9B
interno	
scala	
piano	Terra
cap	43035
Frazione	FELINO
Fabbricati	☒
Terreni	☐
foglio	12
mappale	740
subalterno	24
sezione	
sezione urbana	
avente categoria catastale	C01 - Negozi e botteghe
destinazione d'uso	e. commerciale
Destinazione d'uso da piano comunale	Funzione terziaria commerciale: esercizi e strutture commerciali di vicinato, complessi di vicinato o gallerie di vicinato, pubblici esercizi

di:

individuare il Direttore della farmacia nella persona del titolare:	CINZIA GARREFFA
---	-----------------

di:

- svolgere nei locali delle farmacie le attività sanitarie diverse dalla dispensazione di medicinali indicate attraverso la compilazione del <https://imprese.regione.emilia-romagna.it/semplicificazione-e-sportello-unico/prestazioni-farmaceutiche-form-manuale-slides-1> FORM (cliccare su FORM per andare alla pagina del link e delle informazioni)

- impegnarmi, inoltre, a comunicare eventuali variazioni rispetto alle attività svolte, entro il mese di dicembre di ogni anno, utilizzando il MODULO DI “COMUNICAZIONE DI ATTIVITA’ SANITARIE SVOLTE IN FARMACIA”

- nel rispetto della normativa vigente e dei REQUISITI GENERALI, PROCEDURALI, ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI, IGIENICO SANITARI E TECNOLOGICI CHE LA FARMACIA DEVE POSSEDERE AI FINI DELL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE DIVERSE DALLA DISPENSAZIONE DI MEDICINALI previsti dalla delibera di Giunta 247/2024

di:

a) non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa ovvero di avere riportato condanne penali per le seguenti fattispecie di reato	☒
--	-------------------------------------

(specificare eventuali fattispecie di reato)	
--	--

b) non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali, ovvero di avere i seguenti procedimenti penali in corso	☒
(specificare eventuali procedimenti penali in corso)	
c) nei propri confronti non sussistono cause di divieto, sospensione o decadenza previste dall'art. 67 del D.lgs. 6/9/2011 n. 159 (Codice antimafia);	☒
d) essere iscritto all' Ordine dei Farmacisti	☒
della Provincia di	ROMA
al n.	17395
e) non espletare alcuna attività nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco; di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia; di non essere socio di società titolare di farmacia; di non ricoprire posti di ruolo nella amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici; di non avere rapporti di dipendenza nel privato impiego	☒
f) essere iscritto all' Ordine dei Farmacisti	☒
(specificare l'impiego a cui si è rinunciato)	DIRIGENTE FARMACISTA PRESSO ASL ROMA 4
g) non aver ceduto la propria farmacia negli ultimi 10 anni	☒

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	☒
mediante contrassegno adesivo (marca da bollo)	☐
mediante F24	☐
mediante pagamento online con PagoPA (Solo per le pratiche dei VVF: https://pagopa.vigilfuoco.it/)	☐
mediante pagamento online dell' IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA IN MODO VIRTUALE (Art.15 D.P.R. del 26 ottobre 1972 n. 642)	☒
pagato in data	24-04-2025
pertanto si allega la ricevuta	☒

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:	☐
---	--------------------------

di aver assolto all'imposta di bollo per l'importo di 16 euro da apporre sull'atto di autorizzazione	☒
mediante contrassegno adesivo (marca da bollo)	☐
mediante F24	☐

mediante pagamento online con PagoPA	☐
mediante pagamento online dell' IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA IN MODO VIRTUALE (Art.15 D.P.R. del 26 ottobre 1972 n. 642)	☒
pagato in data	24-04-2025
pertanto si allega la ricevuta	☒

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:	☐
---	--------------------------

che per maggior chiarezza, si precisa:

NON è necessaria nessuna nota aggiuntiva	☒
per maggior chiarezza, preciso che:	☐

RICEVUTA DI PAGAMENTO

Allegato pagamento effettuato

DIRITTI_AUTORIZZAZIONI_AMMINISTRATIVE.pdf.p7m

Riepilogo oneri

Descrizione: FELINO - € 35,00	Importo: 35.0 €
Totale oneri:	Importo: 35.0 €

CONDIZIONI

Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea	☐
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)	☐
FARMACIA - Sono presenti infermieri o eventuali operatori socio-sanitari	☐

Si allega la seguente documentazione:

Procedure/istruzioni operative prevenzione e controllo infezioni - Procedure_istruzioni_operative_prevenzione_controllo_infezioni.pdf.p7m (OK documento allegato).
Planimetria dei locali con layout degli arredi e delle attrezzature e indicazione della specifica attività svolta in ogni locale o box oppure, nel caso siano svolte più attività nel medesimo locale o box, indicare "locale attività sanitarie". - Planimetria_Farmacia_Centrale.pdf.p7m (OK documento allegato).
DICHIARAZIONE_Farmacia_insussistenz_incompatibilità - Dichiarazione_Farmacia_insussistenza_incompatibilita.pdf.p7m (OK documento allegato).
PDF risultante dall'avvenuta compilazione del form sopra indicato, ove sono indicate LE ATTIVITA' SANITARIE DIVERSE DALLA DISPENSAZIONE DEI FARMACI svolte e il possesso dei relativi requisiti - Form_attivita_sanitarie_diverse_da_dispensazione_farmaci.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso - PERIZIA_DISTANZE_FARMACIE.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso - DIRITTI_SEGRETERIA_SCIA_AMMINISTRATIVA.pdf.p7m (OK documento allegato).

allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso - COMUNICAZIONE_DIMISSIONI_VOLONTARIE-CinziaGarreffa.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso - GARREFFA_CINZIA_carta_identita.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso - comunicazione_assegnazione_GARREFFA_-_Felino_n._3_timbrato.pdf.p7m (OK documento allegato).
Ricevuta pagamento imposta di bollo - ASSOLVIMENTO_IMPOSTA_BOLLOpresentazione.pdf.p7m (OK documento allegato).
Ricevuta pagamento imposta di bollo - ASSOLVIMENTO_IMPOSTA_BOLLOrilascio.pdf.p7m (OK documento allegato).
Procura Speciale - PROCURA_SPECIALE.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: 17-05-2025 15:20



DICHIARAZIONE FARMACIA INSUSSISTENZA INCOMPATIBILITÀ

~~Il~~la sottoscritto/a

Cognome GARREFFA Nome CINZIA

codice fiscale Data nascita

cittadinanza ITALIANA Luogo di nascita: Stato ITALIA

Provincia Comune

Residenza: Provincia Comune

in Via n. C.a.p.

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R. in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- A) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa ovvero di aver riportato condanne penali per le seguenti fattispecie di reato:

- B) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali, ovvero di avere i seguenti procedimenti penali in corso: _____;

- C) che nei propri confronti non sussistono cause di divieto, sospensione o decadenza previste dall'art. 67 del D.lgs. 6/9/2011 n. 159 (Codice antimafia);

D) di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente (L. 362/1991 così come modificata, da ultimo, da L. 124/2017; TULSS R.D. 1265/1934; L. 475/1968);

E) in caso di incompatibilità di cui al precedente punto D) di aver rinunciato all'impiego di

DIRIGENTE FARMACISTA tramite lettera di dimissioni di cui allega copia;

F) (solo per co-titolari) di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di

al n.

G) (solo per co-titolari) di non aver ceduto la propria farmacia negli ultimi 10 anni.

Luogo e data

PARMA

15/05/2025

Attenzione: qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (art. 75 del DPR 445 del 2000).

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, si forniscono le seguenti informazioni:
<https://auwordpress.lepida.it/informativa-privacy>

¹ Ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di certificazione e quelle sostitutive di atto notorio, da produrre agli organi della amministrazione pubblica, sono sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del/i sottoscrittore/i della domanda.

