



Comune di Parma

SETTORE EDILIZIA

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

RICEVUTA DI PROTOCOLLAZIONE pratica n. 3097/2025

Oggetto pratica: Descrizione sintetica dell'intervento: Pratica CLLFRC74L43G337A-202505131120-3535650 per SUAP di Parma di FARMACIA DEL DUCATO DEL DOTT. EDUARDO DE MATTIA [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso]

Localizzazione: VIA PARIGI n. 19/B

ISTANZA / SCIA / COMUNICAZIONE

Si comunica che la pratica n. 3097/2025 relativa alla richiesta di Descrizione sintetica dell'intervento: Pratica CLLFRC74L43G337A-202505131120-3535650 per SUAP di Parma di FARMACIA DEL DUCATO DEL DOTT. EDUARDO DE MATTIA [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso] per l'attività localizzata in Parma, VIA PARIGI n. 19/B e' stata presentata al Comune di Parma in data 16/05/2025 e regolarmente acquisita a protocollo con i seguenti identificativi:

pratica SUAP n. 3097/2025 - prot. PG 0138933 del 16/05/2025

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:



Comune di Parma

SETTORE EDILIZIA

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

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

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

DICHIARAZIONE ASSEVERATA LOCALIZZAZIONE LOCALE ADIBITO A FARMACIA
ALL'INTERNO DELLA PIANTA ORGANICA
(Ai sensi degli art 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto **EDUARDO DE MATTIA**, nato ad il , codice fiscale:
 cittadinanza ITALIANA, residente a , 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

che il locale adibito a farmacia, situato in Parma, via Parigi n. 19/B, si trova all'interno della pianta organica corrispondente alla sede urbana n. 50 di Parma, la cui area territoriale si estende come di seguito descritto: da incrocio di via Emilia Est con strada Quarta, strada Quarta, via Parigi fino ad incrocio con via Atene, tratto di terrapieno ferrovia MI-BO fino a via Del Garda, via Del Garda fino ad incrocio con via Parigi, via Parigi fino ad incrocio con retta di prolungamento di via Scarabelli Zunti, via Scarabelli Zunti fino ad incrocio con via Emilia Est e da via Emilia Est fino ad incrocio con strada Quarta. (Come da Delibera della Giunta Comunale n. 397 del 27.11.2024).

A maggior chiarimento si allega planimetria con indicata sede nuova farmacia assegnata e contorno pianta organica urbana n. 50 di Parma.

Parma, lì 13.05.2025



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).

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.

ALLEGATO 1



N° 899

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' DELL'IMPIANTO ALLA REGOLA D'ARTE (D.M. 19 maggio 2010)

Il sottoscritto **Capelli Alessandro**

titolare o legale rappresentante dell'impresa (ragione sociale) **Azzali & Bertoncini sas**

operante nel settore **idraulico** con sede in via **Scarabelli Zunti n° 15** comune **Parma**

provincia

PR tel. **0521462554** part. IVA **00146670344**

■ iscritta nel registro delle ditte (d P.R. 7/12/1995, n. 581)

della camera C.C.I.A.A. di **Parma** n **52450**

■ iscritta all'albo provinciale delle imprese artigiane (legge 08.08. 1985, n.443) di **Parma** n. **1932**

esecutrice dell'impianto (descrizione schematica) **IMPIANTO IDRICO SANITARIO**

inteso come: ■ nuovo impianto □ trasformazione □ ampliamento □ manutenzione straordinaria □ altro(1)

N.B. – Per gli impianti a gas specificare il tipo di gas distribuito: canalizzato della 1,2,3 famiglia; GPL da recipienti mobili ; GPL da serbatoio fisso.

Commissionato da EDIL CP installato nei locali siti nel comune di PARMA (prov.) PR VIA PARIGI 19/B ,
NEGOZIO ADIBITO A FARMACIA , sezione 001, foglio 12, particella 1015, subalterno 38
di proprietà di (nome, cognome o ragione sociale indirizzo)

in edificio adibito ad uso: □ industriale □ civile ■ commercio □ altri usi;

DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità, che l'impianto e' stato realizzato in modo conforme alla regola dell'arte, secondo quanto previsto dall'art.6, tenuto conto delle condizioni di esercizio e degli usi a cui è destinato l'edificio, avendo in particolare:

- rispettato il progetto redatto ai sensi dell'art. 5 da (2)
- seguito dalla normativa tecnica applicabile all'impiego(3): UNI 9182
- installato componenti e materiali adatti al luogo di installazione (art. 5 e 6) ;
- controllato l'impianto ai fini della sicurezza e della funzionalità con esito positivo, avendo eseguito le verifiche richieste dalle norme e dalle disposizioni di legge.

Allegati obbligatori:

- progetto ai sensi degli articolo 5 e 7 (4);
- relazione con tipologie dei materiali utilizzati (5);
- schema di impianto realizzato (6);
- riferimento a dichiarazioni di conformità precedenti o parziali, già esistenti ;
- copia di certificato di riconoscimento dei requisiti tecnico-professionali.
- attestazione di conformità per impianto realizzato con materiali o sistemi non normalizzati (8)

Allegati facoltativi (9)

.....
.....

DECLINA

Ogni responsabilità per sinistri a persone o a cose derivanti da manomissione dell'impianto da parte di terzi ovvero da carenze di manutenzione o riparazione.

Data 14/05/2025

Il responsabile tecnico
AZZALI & BERTONCINI s.a.s.
di Parma e Capelli
condizionamento multiple strutture e impiantistica idraulica e idrotermica
P.IVA n° C.F. 00146670344 Capitale sociale: €15.000,00
Sede legale in Parma, Via Scarabelli Zunti n° 15
Tel. 0521462554 mail: azzalibertoncini@libero.it
PEC: azzalibertoncini@aggiptirma.legalmail.it
Iscr. Albo Imprese Artigiane n° 1932 A.A. 52450
(timbro e firma)

Il dichiarante
AZZALI & BERTONCINI s.a.s.
di Parma e Capelli
condizionamento multiple strutture e impiantistica idraulica e idrotermica
P.IVA n° C.F. 00146670344 Capitale sociale: €15.000,00
Sede legale in Parma, Via Scarabelli Zunti n° 15
Tel. 0521462554 mail: azzalibertoncini@libero.it
PEC: azzalibertoncini@aggiptirma.legalmail.it
Iscr. Albo Imprese Artigiane n° 1932 A.A. 52450
(timbro e firma)

AVVERTENZE PER IL COMMITTENTE responsabilità del committente o del proprietario, art. 8 (10)

- 1) Come esempio nel caso di impianti a gas, con “altro” si può intendere la sostituzione di un apparecchio installato in modo fisso.
- 2) Indicare: nome, cognome, qualifica e, quando ne ricorra l’obbligo ai sensi dell’articolo 5, comma 2, estremi di iscrizione nel relativo Albo professionale, del tecnico che ha redatto il progetto.
- 3) Citare la o le norme tecniche e di legge, distinguendo tra quelle riferite alla progettazione, all’esecuzione e alle verifiche.
- 4) Qualora l’impianto eseguito su progetto sia variato in opera, il progetto presentato alla fine dei lavori deve comprendere le varianti realizzate in corso d’opera. Fa parte del progetto la citazione della pratica prevenzione incendi (ove richiesta).
- 5) La relazione deve contenere, per i prodotti soggetti a norme, la dichiarazione di rispondenza alle stesse completata, ove esistente, con riferimenti a marchi, certificati di prova, ecc. rilasciati da istituti autorizzati. Per gli altri prodotti (da elencare) il firmatario deve dichiarare che trattasi di materiali, prodotti e componenti conformi a quanto previsto dagli articoli 5 e 6. La relazione deve dichiarare l’idoneità rispetto all’ambiente di installazione. Quando rilevante ai fini del buon funzionamento dell’impianto, si devono fornire indicazioni sul numero e caratteristiche degli apparecchi installati od installabili (ad esempio per il gas: 1) numero, tipo e potenza degli apparecchi; 2) caratteristiche dei componenti il sistema di ventilazione dei locali; 3) caratteristiche del sistema di scarico dei prodotti della combustione; 4) indicazioni sul collegamento elettrico degli apparecchi, ove previsto).
- 6) Per schema dell’impianto realizzato si intende la descrizione dell’opera come eseguita (si fa semplice rinvio al progetto quando questo è stato redatto da un professionista abilitato e non sono state apportate varianti in corso d’opera). Nel caso di trasformazione, ampliamento e manutenzione straordinaria, l’intervento deve essere inquadrato, se possibile, nello schema dell’impianto preesistente. Lo schema citerà la pratica prevenzione incendi (ove richiesto).
- 7) I riferimenti sono costituiti dal nome dell’impresa esecutrice e dalla data della dichiarazione. Per gli impianti o parti di impianti costruiti prima dell’entrata in vigore del presente decreto, il riferimento a dichiarazioni di conformità può essere sostituito dal rinvio a dichiarazioni di rispondenza (art.7, comma 6). Nel caso in cui parti dell’impianto siano predisposte da altra impresa (ad esempio ventilazione e scarico fumi negli impianti a gas), la dichiarazione deve riportare gli analoghi riferimenti per dette parti.
- 8) Se nell’impianto risultano incorporati dei prodotti o sistemi legittimamente utilizzati per il medesimo impiego in un altro Stato membro dell’Unione europea o che sia parte contraente dell’Accordo sullo Spazio economico europeo, per i quali non esistono norme tecniche di prodotto o di installazione, la dichiarazione di conformità deve essere sempre corredata con il progetto redatto e sottoscritto da un ingegnere iscritto all’albo professionale secondo la specifica competenza tecnica richiesta, che attesta di avere eseguito l’analisi dei rischi connessi con l’impiego del prodotto o sistema sostitutivo, di avere prescritto e fatto adottare tutti gli accorgimenti necessari per raggiungere livelli di sicurezza equivalenti a quelli garantiti dagli impianti eseguiti secondo la regola dell’arte e di avere sorvegliato la corretta esecuzione delle fasi di installazione dell’impianto nel rispetto di tutti gli eventuali disciplinari tecnici predisposti dal fabbricante del sistema o del prodotto.
- 9) Esempio: eventuali certificati dei risultati delle verifiche eseguite sull’impianto prima della messa in esercizio o trattamenti per pulizia, disinfezione, ecc.
- 10) Al termine dei lavori l’impresa installatrice è tenuta a rilasciare al committente la dichiarazione di conformità degli impianti nel rispetto delle norme di cui all’art. 7. Il committente o il proprietario è tenuto ad affidare i lavori di installazione, di trasformazione, di ampliamento e di manutenzione degli impianti di cui all’art. 1 ad imprese abilitate ai sensi dell’art. 3.

FEDERICA COLLA
a r c h i t e t t o

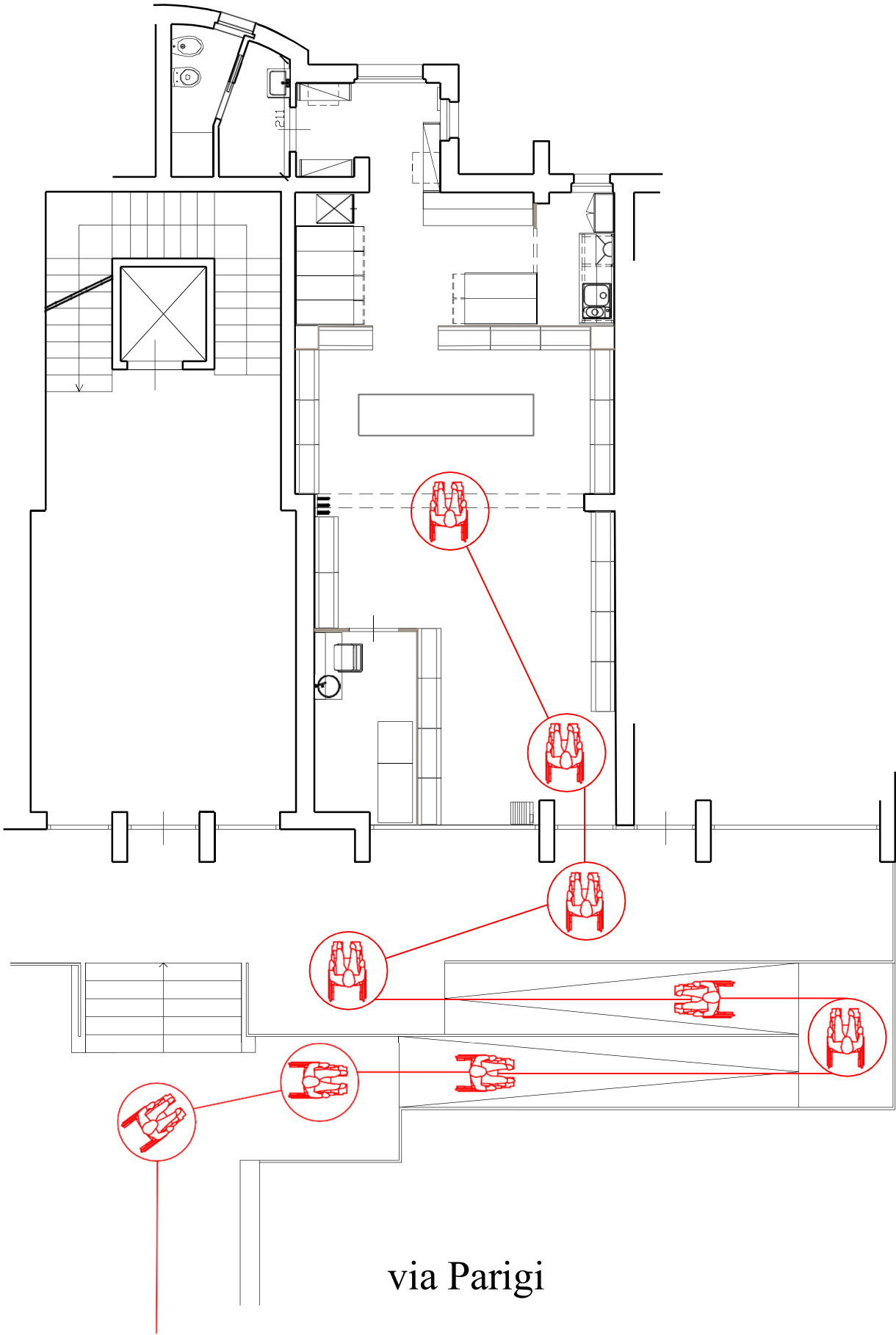
COMUNE DI PARMA
LAYOUT FARMACIA DEL DUCATO AL PIANO RIALZATO
DELL'IMMOBILE SITO IN PARMA, VIA PARIGI N. 19/B

viale I. Cocconi 18 Parma
callulare 339/2920012

COMMITTENTE: Farmacia del Ducato del Dott. Eduardo De Mattia
N.C.E.U. Foglio n. 001/12, Mappale 1015, Subalterno 38

TAV. 01 Pianta Piano Rialzato Scala 1:100 Maggio 2025
Barriere Architettoniche

BARRIERE ARCHITETTONICHE
PIANO RIALZATO (Scala 1:100)





PROCURA SPECIALE

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

Codice univoco di identificazione della pratica:	CLLFRC74L43G337A-202505131120-3535650
CCIAA	

Io sottoscritto	EDUARDO DE MATTIA		
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/società		FARMACIA DEL DUCATO DEL DOTT. EDUARDO DE MATTIA	
Codice fiscale			

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

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

con sede (solo per forme associate)

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

nella persona di:

nome	FEDERICA	cognome	COLLA
Codice fiscale			
Tel./ cell			
e.mail/ PEC	FEDERICA.COLLA@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 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		

	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:13.05.2025

--

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'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.

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' DELL'IMPIANTO ALLA REGOLA D'ARTE

(D.M. 19 maggio 2010)

N° 897

Il sottoscritto **Capelli Alessandro**titolare o legale rappresentante dell'impresa (ragione sociale) **Azzali & Bertoncini sas**operante nel settore **idraulico** con sede in via **Scarabelli Zunti n° 15** comune **Parma**

provincia

PR tel. **0521462554** part. IVA **00146670344**

■ iscritta nel registro delle ditte (d P.R. 7/12/1995, n. 581)

della camera C.C.I.A.A. di **Parma** n **52450**■ iscritta all'albo provinciale delle imprese artigiane (legge 08.08. 1985, n.443) di **Parma** n. **1932**esecutrice dell'impianto (descrizione schematica) **IMPIANTO VENTILAZIONE****MECCANICA CONTROLLATA**

inteso come: ■ nuovo impianto □ trasformazione □ ampliamento □ manutenzione straordinaria □ altro(1)

N.B. – Per gli impianti a gas specificare il tipo di gas distribuito: canalizzato della 1,2,3 famiglia; GPL da recipienti mobili ; GPL da serbatoio fisso.

Commissionato da

EDIL CP installato nei locali siti nel comune di **PARMA** (prov.)**VIA PARIGI 19/B , NEGOZIO ADIBITO A FARMACIA , sezione 001, foglio 12, particella 1015,****subalterno 38** di proprietà di (nome, cognome o ragione sociale indirizzo)

in edificio adibito ad uso: □ industriale □ civile ■ commercio □ altri usi;

DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità, che l'impianto e' stato realizzato in modo conforme alla regola dell'arte, secondo quanto previsto dall'art.6, tenuto conto delle condizioni di esercizio e degli usi a cui è destinato l'edificio, avendo in particolare:

□ rispettato il progetto redatto ai sensi dell'art. 5 da (2):

■ seguito dalla normativa tecnica applicabile all'impiego(3): ... UNI EN 1264

.....;

■ installato componenti e materiali adatti al luogo di installazione (art. 5 e 6) ;

■ controllato l'impianto ai fini della sicurezza e della funzionalità con esito positivo, avendo eseguito le verifiche richieste dalle norme e dalle disposizioni di legge.

Allegati obbligatori:

□ progetto ai sensi degli articolo 5 e 7 (4);

□ relazione con tipologie dei materiali utilizzati (5);

■ schema di impianto realizzato (6);

□ riferimento a dichiarazioni di conformità precedenti o parziali, già esistenti ;

■ copia di certificato di riconoscimento dei requisiti tecnico-professionali.

□ attestazione di conformità per impianto realizzato con materiali o sistemi non normalizzati (8)

Allegati facoltativi (9)

.....

.....

DECLINA

Ogni responsabilità per sinistri a persone o a cose derivanti da manomissione dell'impianto da parte di terzi ovvero da carenze di manutenzione o riparazione.

Data 14/05/2025

Il responsabile tecnico

AZZALI & BERTONCINI s.a.s.
di Parich e Capelli
Impianti di riscaldamento idrico-sanitario
condizionamento salotto scottone manutenzione caldaie termici
P.IVA n° C.F. 00146670344 Capitale sociale € 95.000,00
Sede legale in Parma - Via Scarabelli Zunti 15
Tel. 0521462554 - Fax 0521462555
PEC: azzalibertoncini@pec.it
Iscr. Albo Imprese Artigiane 1932 Iccr C.C.I.A.A. 52450

Il dichiarante

AZZALI & BERTONCINI s.a.s.
di Parich e Capelli
Impianti di riscaldamento idrico-sanitario
condizionamento salotto scottone manutenzione caldaie termici
P.IVA n° C.F. 00146670344 Capitale sociale € 95.000,00
Sede legale in Parma - Via Scarabelli Zunti 15
Tel. 0521462554 - Fax 0521462555
PEC: azzalibertoncini@pec.it
Iscr. Albo Imprese Artigiane 1932 Iccr C.C.I.A.A. 52450

AVVERTENZE PER IL COMMITTENTE responsabilità del committente o del proprietario, art. 8 (10)

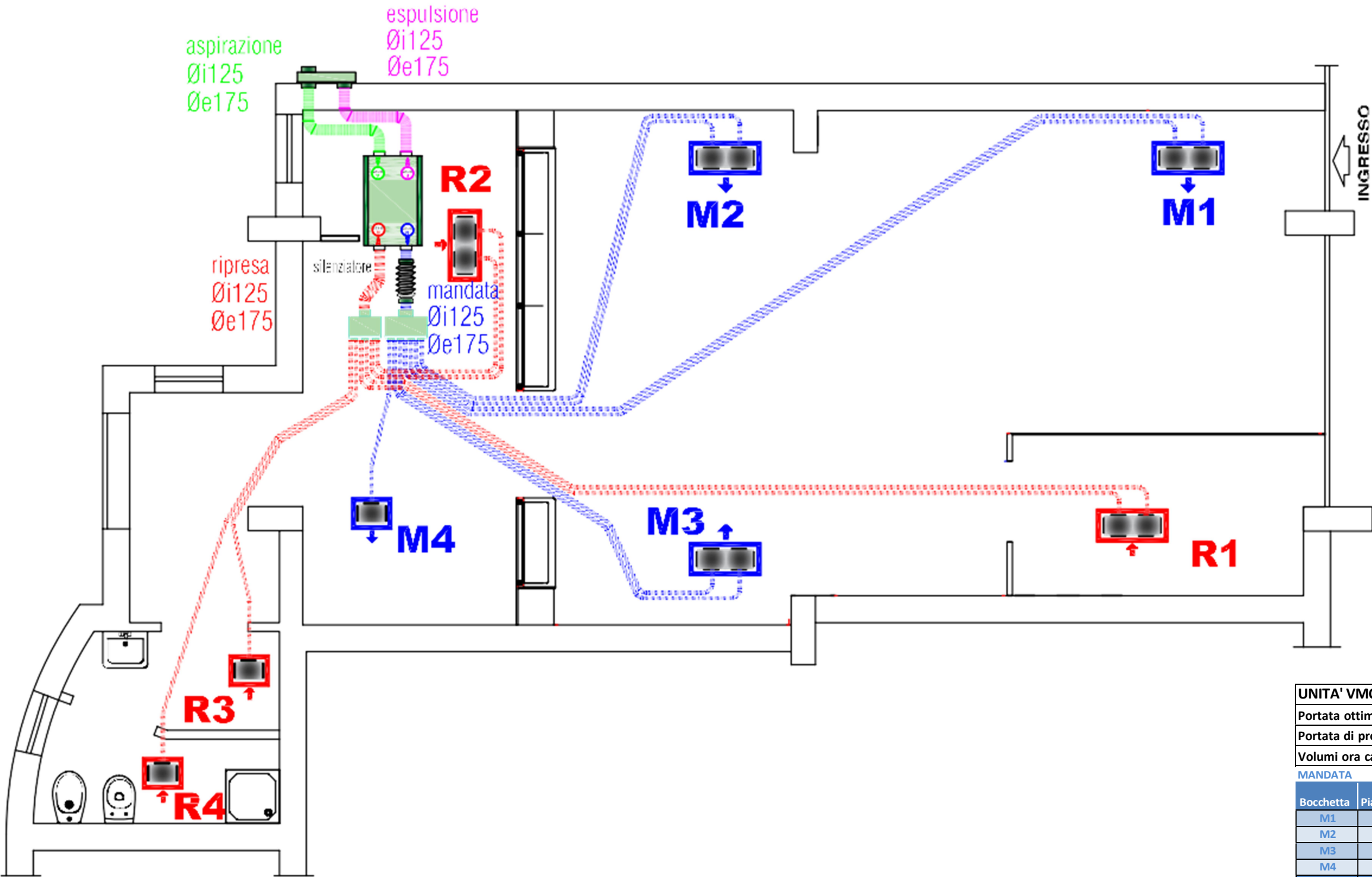
- 1) Come esempio nel caso di impianti a gas, con “altro” si può intendere la sostituzione di un apparecchio installato in modo fisso.
- 2) Indicare: nome, cognome, qualifica e, quando ne ricorra l’obbligo ai sensi dell’articolo 5, comma 2, estremi di iscrizione nel relativo Albo professionale, del tecnico che ha redatto il progetto.
- 3) Citare la o le norme tecniche e di legge, distinguendo tra quelle riferite alla progettazione, all’esecuzione e alle verifiche.
- 4) Qualora l’impianto eseguito su progetto sia variato in opera, il progetto presentato alla fine dei lavori deve comprendere le varianti realizzate in corso d’opera. Fa parte del progetto la citazione della pratica prevenzione incendi (ove richiesta).
- 5) La relazione deve contenere, per i prodotti soggetti a norme, la dichiarazione di rispondenza alle stesse completata, ove esistente, con riferimenti a marchi, certificati di prova, ecc. rilasciati da istituti autorizzati. Per gli altri prodotti (da elencare) il firmatario deve dichiarare che trattasi di materiali, prodotti e componenti conformi a quanto previsto dagli articoli 5 e 6. La relazione deve dichiarare l’idoneità rispetto all’ambiente di installazione. Quando rilevante ai fini del buon funzionamento dell’impianto, si devono fornire indicazioni sul numero e caratteristiche degli apparecchi installati od installabili (ad esempio per il gas: 1) numero, tipo e potenza degli apparecchi; 2) caratteristiche dei componenti il sistema di ventilazione dei locali; 3) caratteristiche del sistema di scarico dei prodotti della combustione; 4) indicazioni sul collegamento elettrico degli apparecchi, ove previsto).
- 6) Per schema dell’impianto realizzato si intende la descrizione dell’opera come eseguita (si fa semplice rinvio al progetto quando questo è stato redatto da un professionista abilitato e non sono state apportate varianti in corso d’opera). Nel caso di trasformazione, ampliamento e manutenzione straordinaria, l’intervento deve essere inquadrato, se possibile, nello schema dell’impianto preesistente. Lo schema citerà la pratica prevenzione incendi (ove richiesto).
- 7) I riferimenti sono costituiti dal nome dell’impresa esecutrice e dalla data della dichiarazione. Per gli impianti o parti di impianti costruiti prima dell’entrata in vigore del presente decreto, il riferimento a dichiarazioni di conformità può essere sostituito dal rinvio a dichiarazioni di rispondenza (art.7, comma 6). Nel caso in cui parti dell’impianto siano predisposte da altra impresa (ad esempio ventilazione e scarico fumi negli impianti a gas), la dichiarazione deve riportare gli analoghi riferimenti per dette parti.
- 8) Se nell’impianto risultano incorporati dei prodotti o sistemi legittimamente utilizzati per il medesimo impiego in un altro Stato membro dell’Unione europea o che sia parte contraente dell’Accordo sullo Spazio economico europeo, per i quali non esistono norme tecniche di prodotto o di installazione, la dichiarazione di conformità deve essere sempre corredata con il progetto redatto e sottoscritto da un ingegnere iscritto all’albo professionale secondo la specifica competenza tecnica richiesta, che attesta di avere eseguito l’analisi dei rischi connessi con l’impiego del prodotto o sistema sostitutivo, di avere prescritto e fatto adottare tutti gli accorgimenti necessari per raggiungere livelli di sicurezza equivalenti a quelli garantiti dagli impianti eseguiti secondo la regola dell’arte e di avere sorvegliato la corretta esecuzione delle fasi di installazione dell’impianto nel rispetto di tutti gli eventuali disciplinari tecnici predisposti dal fabbricante del sistema o del prodotto.
- 9) Esempio: eventuali certificati dei risultati delle verifiche eseguite sull’impianto prima della messa in esercizio o trattamenti per pulizia, disinfezione, ecc.
- 10) Al termine dei lavori l’impresa installatrice è tenuta a rilasciare al committente la dichiarazione di conformità degli impianti nel rispetto delle norme di cui all’art. 7. Il committente o il proprietario è tenuto ad affidare i lavori di installazione, di trasformazione, di ampliamento e di manutenzione degli impianti di cui all’art. 1 ad imprese abilitate ai sensi dell’art. 3.

BOZZA
SCHEMA COMPONENTI
IMPIANTO VMC

nr	VMC 0055 2025	date	12/03/2025
inst/prog	AZZALI BERTONCINI	rev	0
rif	FARMACIA	VB/AG	BASN
note		ritint	BZOD

ATTENZIONE

LE PORTATE INDICATE SONO QUELLE RICHIESTE DAL PROGETTISTA
E RISULTANO SBILANCIATE PER I VALORI DI MANDATA E RIPRESA
L'UNITA' VMC VITOVENT 200C RICHIESTA RISULTA SOTTODIMENSIONATA
RISPETTO LE ESIGENZE DI PORTATA RICHIESTE



UNITA' VMC	Vitovent 200-C
Portata ottimale mc/h	140
Portata di progetto mc/h	175
Volumi ora calcolati	1,0

MANDATA					
Bocchetta	Piano	Locale	Tubazioni mm	n° Tubazioni	Portata mc/h
M1	Terra	LOCALE	R75	2	50
M2	Terra	LOCALE	R75	2	50
M3	Terra	LOCALE	R75	2	50
M4	Terra	LOCALE	R75	1	25
				7	175

RIPRESA					
Bocchetta	Piano	Locale	Tubazioni mm	n° Tubazioni	Portata mc/h
R1	Terra	LOCALE	R75	2	50
R2	Terra	LOCALE	R75	2	50
R3	Terra	ANTIBAGNO	R75	1	25
R4	Terra	BAGNO	R75	1	25
				6	150

DICHIARAZIONE ASSEVERATA INSUSSISTENZA INCOMPATIBILITA'

(Ai sensi degli art 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto **EDUARDO DE MATTIA**, nato ad codice fiscale:
, cittadinanza ITALIANA, residente a , 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;
- B) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 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) di aver rinunciato all'impiego di socio/collaboratore di farmacia tramite Atto del Notaio Dott. Massimo Giordano, rep. n. 15995, racc. n. 10216, registrato in Ariano Irpino il 28.03.2025 al n. 1033, Serie 1T, di cui al Decreto Dirigenziale n. 229 del 22.04.2025 – D.G. 04 – U.O.D. 06 Politica del Farmaco e Dispositivi della Regione Campania;
- F) di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Avellino al n. 1138;
- G) di non aver ceduto la propria farmacia negli ultimi 10 anni.

Parma, lì 13.05.2025

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).

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.



Farmacia del Ducato

Via Parigi 19/B - 43123 Parma (PR)

amministrazione@farmaciadelducato.com

Procedure operative : Prevenzione e controllo delle infezioni in farmacia - gestione attività sanitarie e vaccinazioni

Questo documento è stato redatto in ottemperanza alla normativa vigente in materia di sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.), igiene e prevenzione delle infezioni, con riferimento alle attività sanitarie svolte in farmacia, inclusa la somministrazione di vaccini.

Le procedure qui riportate sono formulate secondo i principi dell'Evidence-Based Medicine (EBM) e tengono conto delle indicazioni ministeriali, regionali e dell'Azienda USL territorialmente competente.

Il documento è parte integrante del sistema di gestione della sicurezza e viene conservato in originale presso la sede della farmacia. Copia dello stesso può essere trasmessa agli enti preposti, su richiesta.

Il presente documento è stato redatto da:

Dott. Eduardo de Mattia

Titolare/Direttore della Farmacia del Ducato

Data di redazione: 13/5/2025

Revisione n : 1

IGIENE DELLE MANI

Quando

- Prima e dopo ogni contatto con il paziente.
- Dopo il contatto con superfici potenzialmente contaminate.
- Dopo aver rimosso i guanti.

Come

Step 1 -> Acqua e sapone

- Aprire l'acqua senza toccare il rubinetto
- Frizionare per 40-60 secondi tutte le aree.
- Sciacquare e asciugare con salvietta monouso.
- Chiudere il rubinetto con la salvietta.

Step 2 -> Antisettico mani (gel alcolico)

- Applicare una quantità sufficiente.
- Frizionare per 20-30 secondi fino a mani asciutte.
- Coprire tutte le superfici delle mani.

SANIFICAZIONE DELLE SUPERFICI E PULIZIA AMBIENTALE

Quando

- Al termine di ogni procedura sanitaria.
- Al termine di ogni giornata lavorativa.
- Dopo contaminazione con sangue o liquidi biologici.

Come

- Indossare i guanti e, se necessario, visiera e mascherina.

- Usare disinfettante a base alcolica (70%) o ipoclorito allo 0,1%.
- Pulire dall'area più pulita a quella più contaminata.
- Superfici: lettino, sedia, scrivania, maniglie, ecc.
- Gettare i panni usati nei rifiuti sanitari.
- Rimuovere i DPI e igienizzare le mani.

UTILIZZO DEI DPI

Cosa indossare

- Mascherina FFP2.
- Camice monouso o lavabile.
- Visiera o occhiali.

Come indossarli

- Igienizzare le mani.
- Indossare la mascherina.
- Indossare camice.
- Indossare guanti e visiera.

Dopo la procedura

- Indossare camice.
- Indossare guanti e visiera.
- Togliere i guanti.
- Igienizzare le mani.
- Rimuovere camice e visiera.
- Smaltire DPI nei contenitori dedicati.
- Igienizzare nuovamente le mani.

SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI

Tipologie di rifiuti:

- Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo: garze, siringhe, guanti usati, DPI.
- Rifiuti taglienti: aghi, butterfly, lancette.

Come fare:

- Usare contenitori rigidi per taglienti (chiusura a scatto).
- Non riempire oltre $\frac{3}{4}$ della capienza.
- Usare sacchi a norma per rifiuti infettivi (contenitore a pedale con coperchio).
- Annotare il ritiro dei rifiuti sul registro carico/scarico.
- Conservare i rifiuti in locale idoneo fino al ritiro da parte di ditta autorizzata.

GESTIONE INFORTUNI A RISCHIO BIOLOGICO

In caso di puntura accidentale, contatto con sangue o liquidi biologici:

- Lavare subito la parte interessata con abbondante acqua e antisettico iodato.

- Informare immediatamente il responsabile.
- compilare la scheda di infortunio.
- Recarsi al pronto soccorso (se indicato) per valutazione rischio HCV, HBV, HIV.
- Seguire il protocollo di sorveglianza sanitaria stabilito dal medico competente

CONTROLLO DEL SISTEMA DI AERAZIONE

Controlli da eseguire

- Verifica settimanale dell'apertura/chiusura corretta di finestre e griglie di aerazione.
- Controllo mensile del corretto funzionamento del sistema di ventilazione meccanica (accensione, flusso d'aria, rumori anomali).
- Controllo trimestrale dei livelli di CO₂ negli ambienti chiusi (valori raccomandati < 1000 ppm).

Manutenzione programmata

- Sostituzione/Pulizia dei filtri ogni 3-6 mesi o secondo le indicazioni del produttore.
- Pulizia dei condotti almeno una volta all'anno o secondo necessità
- Registrazione delle attività su apposito registro di manutenzione.

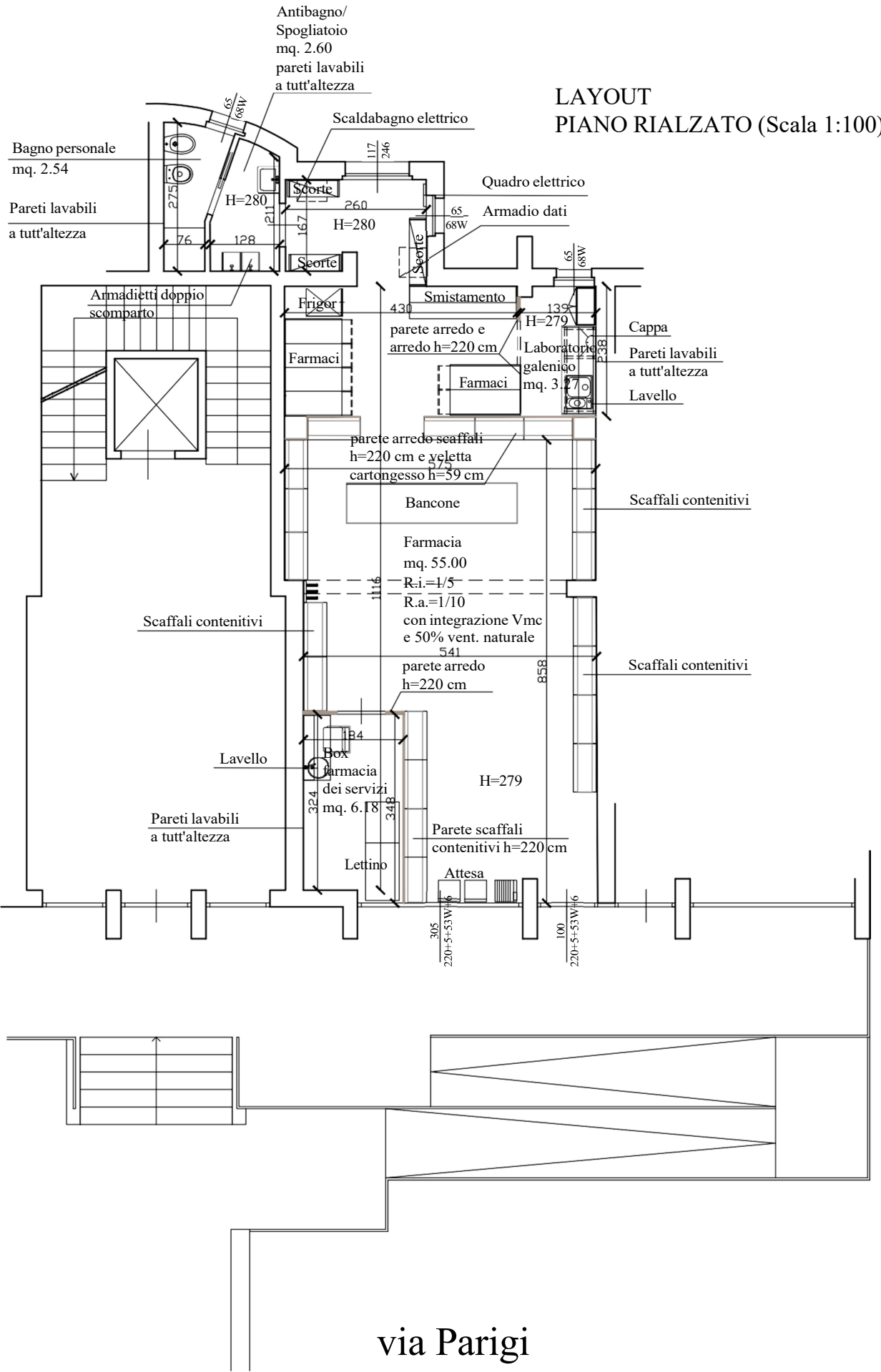
FEDERICA COLLA
a r c h i t e t t o

COMUNE DI PARMA
LAYOUT FARMACIA DEL DUCATO AL PIANO RIALZATO
DELL'IMMOBILE SITO IN PARMA, VIA PARIGI N. 19/B

viale I. Cocconi 18 Parma
callulare 339/2920012

COMMITTENTE: Farmacia del Ducato del Dott. Eduardo De Mattia
N.C.E.U. Foglio n. 001/12, Mappale 1015, Subalterno 38

TAV. 02 PIANTA PIANO RIALZATO Scala 1:100 Maggio 2025
LAYOUT



DICHIARAZIONE ASSEVERATA DISTANZA FARMACIE VICINE
(Ai sensi degli art 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

La sottoscritta **COLLA ARCH. FEDERICA**, nata a il, codice fiscale:, cittadinanza, iscritta all'Albo degli Architetti della Provincia di Parma al n. 665, con studio in Parma, viale I. Cocconi n. 18, 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

che il locale adibito a farmacia, situato in Parma, via Parigi n. 19/B, si trova ad una distanza maggiore di duecento metri, per la via a piedi più breve, dalle farmacie vicine.

Nello specifico il locale denominato "Farmacia del Ducato" si trova, per la via a piedi più breve, a circa 1100 metri dalla Farmacia Tomatis, sita in Via Toscana n. 94/A, a circa 1100 metri dalla Farmacia Costa, sita in via Emilia Est n. 63/A, e a circa 1000 metri dalla Farmacia Cavallina, sita in via Emilio Lepido 4.

A maggior chiarimento si allega planimetria con indicata sede nuova farmacia assegnata e percorsi per la via a piedi più breve verso le farmacie di cui sopra.

Parma, lì 13.05.2025

Il tecnico

Colla Arch. Federica

(firmato digitalmente)

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).

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.

ALLEGATO 1



PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO
A: SUAP Parma Comune di PARMA

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	Pratica CLLFRC74L43G337A-202505131120-3535650 per SUAP di Parma di FARMACIA DEL DUCATO DEL DOTT. EDUARDO DE MATTIA [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - AVVIO in sede farmaceutica assegnata mediante concorso]

il/la sottoscritto/a(*)	COLLA FEDERICA		
Nato a(*)	(Prov: PR)		
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 (*)	VIALE I. COCCONI 18		
tel. (*)		fax	
località/ frazione	PARMA	cellulare	
PEC (*)	FEDERICA.COLLA@ARCHIWORLDPEC.IT		
domicilio elettronico	COLLA_FEDERICA@LIBERO.IT		

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	DELEGATO		
Specifica:			
Comune		provincia della sede	

Iscritto all'albo	ORDINE DEGLI ARCHITETTI, PIANIFICATORI, PAESAGGISTI E CONSERVATORI				
Specifica:					
Numero albo	665	Prov. Di Iscrizione	PR	Data iscrizione	14-02-2001

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	13-05-2025	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 DEL DUCATO DEL DOTT. EDUARDO DE MATTIA		
Con sede in (*)	PARMA	CAP. (*)	43123
Codice catastale comune	G337	ISTAT Comune	034027
Provincia	PARMA (PR)	ISTAT Provincia	034
indirizzo(*)	VIA PARIGI 19/B		
telefono		fax	
eMail	FARMACIADEL Ducato@PEC.IT		
cod.Fiscale (*)		P.IVA.	03208930648
Provincia di iscrizione al registro imprese	PR	num.	361975

dati rappresentante legale o titolare

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

OGGETTO
Pratica CLLFRC74L43G337A-202505131120-3535650 per SUAP di Parma di DMTDRD83D10A509I FARMACIA DEL DUCATO DEL DOTT. EDUARDO DE MATTIA [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: PARMA

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.

50

del Comune di

PARMA

avente titolare:

Nome

EDUARDO

Cognome

DE MATTIA

che l'attività è denominata come segue:

Denominazione commerciale dell'attività

FARMACIA DEL DUCATO

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

Parma

(via, piazza, ecc.)	VIA PARIGI
n°	19/B
interno	
scala	
piano	Terra
cap	43123
Frazione	Parma
Fabbricati	☒
Terreni	☐
foglio	12
mappale	1015
subalterno	38
sezione	
sezione urbana	001
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:	EDUARDO DE MATTIA
---	-------------------

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)	NESSUNA

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)	NESSUNO
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	AVELLINO
al n.	1138
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)	SOCIO/COLLABORATORE DI FARMACIA
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)	☒
numero:	01240771315363
emesso in data	15-05-2025
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)	☐

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)	☒

numero:	01240771315351
emesso in data	15-05-2025
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)	☐

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

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 - Procedura_Operativa_Farmacia.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". - Elaborato_layout.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 - Farmacia_servizi.pdf.p7m (OK documento allegato).
DICHIARAZIONE_Farmacia_insussistenz_incompatibilità - Dichiarazione_asseverata_insussistenza_incompatibilita.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 - Elaborato_barriere_architettoniche.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 - determina_949_del_17-01-2025_assegnazione.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 - Certificato_conformita_climatizzazione.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 - Certificato_conformita_VMC.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 - Patente_Federica_Colla.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 - Marche_bollo.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 - Relazione_tecnica.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.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 - Dichiarazione_asseverata_localizzazione_farmacia.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 - Visura_camerale_Azzali_e_Bertoncini.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 - Certificato_conformita_impianto_elettrico.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_DE_MATTIA_-_Parma_n._50.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 - Certificato_conformita_idrico_sanitario.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 - Documento_identita_Eduardo_De_Mattia.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 - Dichiarazione_asseverata_distanza_farmacie_vicine.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: 16-05-2025 13:08

RELAZIONE TECNICA

I locali adibiti a farmacia sono stati oggetto di manutenzione straordinaria di un negozio esistente situato al piano terra del fabbricato posto in Parma, via Parigi 19B, precedentemente adibito a bar (Ugb), per trasformarlo in farmacia (Uga). L'intervento non ha costituito cambio d'uso, ma solo passaggio di sottocategoria urbanistica.

I lavori hanno riguardato la demolizione delle pareti in cartongesso esistenti e la costruzione di parete in cartongesso per dividere bagno ed antibagno/spogliatoio. Il resto del locale è stato suddiviso con pareti arredate a tutt'altezza e di altezza 220 cm da terra per formare il laboratorio galenico, la zona scorte, smistamento, farmaci, vendita ed il box adibito alla farmacia dei servizi. Al contempo si è proceduto al rifacimento del bagno esistente, alla realizzazione di nuovi pavimenti, alla realizzazione di nuovi impianti ed all'adeguamento dell'impianto elettrico.

I locali sono accessibili dalla strada per una persona non normodotata attraverso rampe, con pendenza 8%, di dimensioni idonee, all'interno gli spazi sono progettati affinché una persona non normodotata possa circolare senza ostacoli. Si veda elaborato grafico allegato.

I locali principali e le zone lavoro rispettano i requisiti igienico sanitari richiesti, quali illuminazione naturale pari ad 1/8 ed areazione pari ad 1/10 della superficie calpestabile, ottenuta per almeno il 50% da ventilazione naturale e per il restante 50% con integrazione di VMC (Ventilazione meccanica controllata), come da Delibera della Giunta regione Emilia Romagna n. 247 del 20.02.2024.

Superficie farmacia mq. $(34,20 + 6,18 + 3,27 + 7,05 + 4,30) = \text{mq. } 55,00$

Superficie illuminazione naturale = m. $(3,05 + 1,00) \times \text{m. } 2,73 + (0,65 \times 0,68) \times 2 = \text{mq. } 11,06 + \text{mq. } 0,88 = \text{mq. } 11,94$

Rapporto illuminante pari a 1/5 $(\text{mq. } 55,00 : \text{mq. } 11,94 = 4,61)$

Rapporto aerante almeno pari a 1/10 con minimo il 50% del contributo di aerazione naturale e rimanente integrazione VMC con idonei ricambi d'aria all'ora

Superficie minima per areazione pari a 1/10 della superficie calpestabile = $\text{mq. } 55,00 : 10 = \text{mq. } 5,50$

Superficie minima di aerazione naturale pari al 50% della superficie minima per areazione pari a 1/10 della superficie calpestabile = $\text{mq. } 5,50 : 2 = \text{mq. } 2,75$

Superficie areazione naturale = m. $(3,05 + 1,00) \times \text{m. } 0,53 + (0,65 \times 0,68) \times 2 = \text{mq. } 2,15 + \text{mq. } 0,88 = \text{mq. } 3,03 > \text{mq. } 2,75$ (superficie minima richiesta).

Le pareti sono tinteggiate con vernice lavabile in tutti i locali per tutta la loro altezza.

Il locale adibito a antibagno/spogliatoio ha una superficie di mq 2,60, commisurata a spogliatoio per due addetti, esso non ha areazione naturale, ma ha ventilazione forzata e ricambio d'aria tramite VMC.

Il box della farmacia dei servizi ha una superficie maggiore di 6 mq. Nella farmacia dei servizi verranno svolte prestazioni analitiche di prima istanza quali test autodiagnostici, test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare (Test diagnostici professionali), prestazioni con dispositivi strumentali, tamponi ecc.

Le attività all'interno del laboratorio galenico saranno svolte a farmacia chiusa.

I locali sono dotati di impianto di videosorveglianza ed antintrusione.

Il tecnico
Arch. Federica Colla
(Firmato digitalmente)

Parma,

lì

13.05.2025

