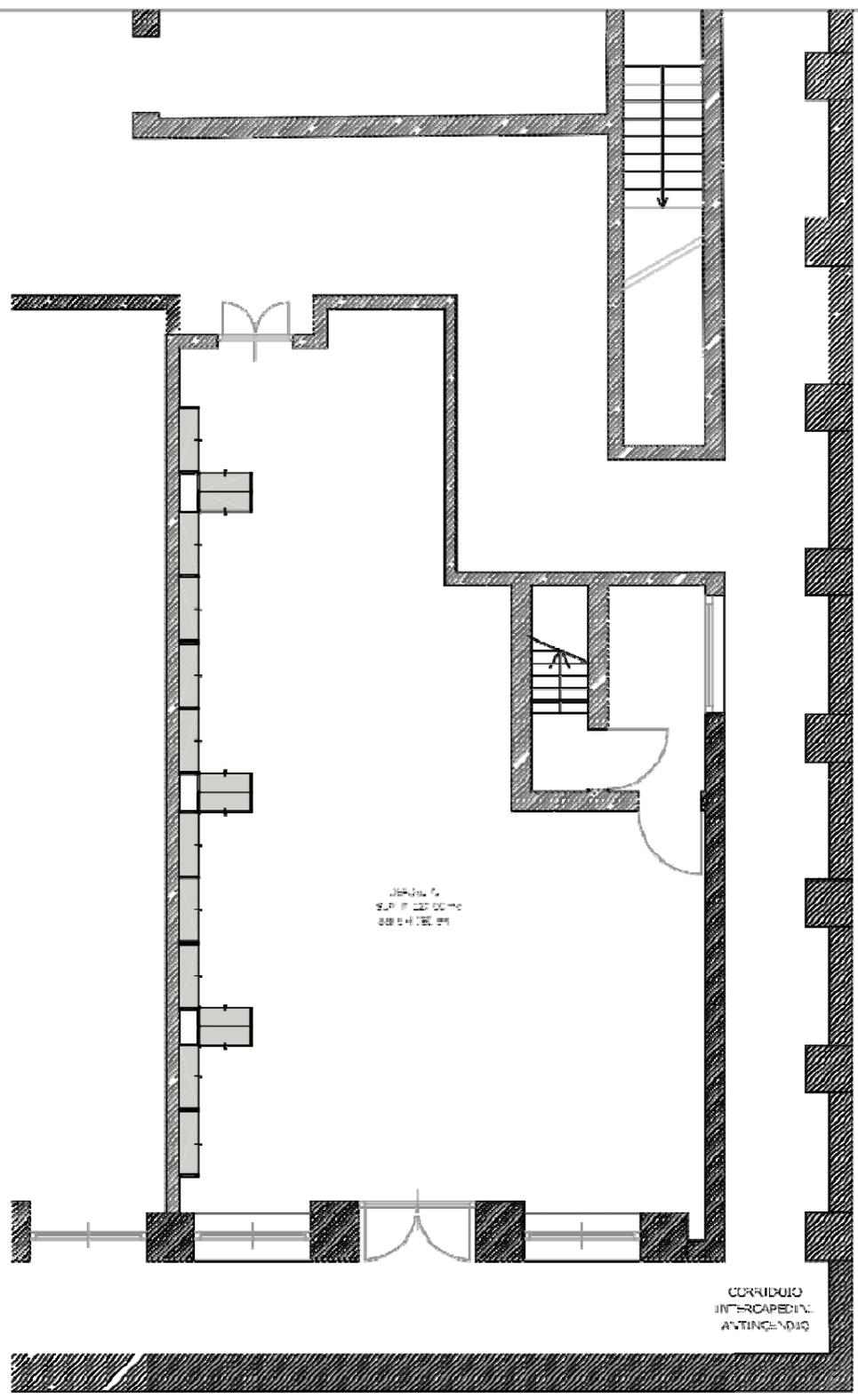


PIANO TERRA



PIANO INTERRATO

UI ISSF MOCCIA
ARCHITETTO

VIA C. VIRGILI, 15 - 20097 CINISELLO BALSAMO (MI)
CELL. 3483272883 TEL. 0286048735 EMAIL: uiissfmo@ulissemo.com PDS: mondo.84738@uniparma.it PARTITA IVA 02583800888

All rights reserved - This project is protected by law, and no. be transferred to third parties or reproduced, even partially, without permission.

Scale 1:100	Cliente Farmacia Uniparma Dott. Catia Sofia Pitta
Oggetto: ** antinomia de locali de la "farmacia"	
Data 11.12.2020	
Indirizzo Centro Commerciale V.le Bruno Schreiber, 15A Parma	TAV. 01

PROCURA SPECIALE

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

Codice univoco di identificazione della pratica:	GRRNCL58D01F798R-202012141527-2097604
CCIAA	

lo sottoscritto	CATIA SOFIA PITTA
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/società	PITTA CATIA SOFIA
Codice fiscale	

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

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

con sede (solo per forme associate)

Comune	NAPOLI	Prov.	NA
--------	--------	-------	----

nella persona di:

nome	NICOLA	cognome	GUERRIERO
Codice fiscale			
Tel./ cell	08119810665		
e.mail/ PEC	STUDIOGUERRIERO.ADEMPIMENTI@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'invio 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):
elegho domicilio a tutti gli effetti presso lo studio.

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

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

Dichiaro inoltre

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

i requisiti dichiarati nella modulistica corrispondono a quelli effettivamente posseduti e richiesti per i soggetti indicati ed i locali dell'attività, dalla normativa vigente,

la corrispondenza della modulistica e delle copie dei documenti (non notarili) allegati alla precitata pratica, ai documenti conservati agli atti dell'impresa e del procuratore,

di sottoscrivere gli elaborati grafici cartacei, i cui file saranno firmati digitalmente e successivamente inviati dal procuratore.

**Dichiarazione da compilare unicamente per la CCIAA
Cariche sociali**

*rilevante nell'ipotesi di domanda di iscrizione della nomina alle cariche sociali-
Dichiaro/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:

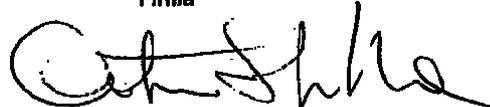
Data:

PARMA

14 DICEMBRE 2020

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,

dichiaro

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.

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

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	ISTANZA AUTORIZZATIVA AL TRASFERIMENTO LOCALI FARMACIA DAL CIVICO 15/E AL CIVICO 15/a DI VIA BRUNO SCHREIBER

il/la sottoscritto/a(*)	GUERRIERO NICOLA		
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(*)	83100
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	NAPOLI, CENTRO DIREZIONALE IS. G1		
tel.(*)	08119810665	fax	
località/frazione		cellulare	
PEC (*)	STUDIOGUERRIERO.ADEMPIMENTI@LEGALMAIL.IT		
domicilio elettronico	STUDIOGUERRIERO.ADEMPIMENTI@LEGALMAIL.IT		

Descrizione qualifica	PROFESSIONISTA INCARICATO		
Specifica:			
Comune		provincia della sede	

Iscritto all'albo	ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI			
Specifica:				
Numero albo	052	Prov. Di Iscrizione	AV	Data iscrizione

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	14-12-2020	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 (*)	PITTA CATIA SOFIA		
Con sede in (*)	PARMA	CAP.(*)	43124
Codice catastale comune	G337	ISTAT Comune	34027
Provincia	PARMA (PR)	ISTAT Provincia	34
indirizzo(*)	VIA BRUNO SCHREIBER 15/B		
telefono	0521261738	fax	
eMail	FARMACIAUNIPARMA@PEC.FARMACIEUNITE.IT		
cod.Fiscale (*)		P.IVA.	04131700652
Provincia di iscrizione al registro imprese	PR	num.	273410

dati rappresentante legale o titolare

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

OGGETTO
ISTANZA AUTORIZZATIVA AL TRASFERIMENTO LOCALI FARMACIA DAL CIVICO 15/E AL CIVICO 15/a DI VIA BRUNO SCHREIBER

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

DICHIARAZIONE RELATIVA AL TRASFERIMENTO DELLA FARMACIA IN ALTRI LOCALI

di chiedere il trasferimento della farmacia:

dall' ubicazione in	PARMA
Via	VIA BRUNO SCHREIBER
n°	15/E
nella nuova ubicazione in	PARMA
via	VIA BRUNO SCHREIBER
n°	15/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"/>

DICHIARAZIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DEL DIRETTORE DELLA FARMACIA

di:

individuare il Direttore della farmacia nella persona di:

Cognome	PITTA
Nome	CATIA SOFIA

NOTA BENE: Il direttore della farmacia deve compilare l'apposito allegato

DICHIARAZIONE DELLA DENOMINAZIONE DELL'ATTIVITÀ (INSEGNA)

che l'attività è denominata come segue:

denominazione dell'attività (insegna)	FARMACIA UNIPARMA
---------------------------------------	-------------------

DICHIARAZIONE PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

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

di aver assolto all'imposta di bollo per l'importo di 16 euro	<input checked="" type="checkbox"/>
mediante contrassegno adesivo (marca da bollo)	<input checked="" type="checkbox"/>
numero:	01192048507591
emesso in data	14-12-2020
mediante F24	<input type="checkbox"/>

E INOLTRE DICHIARA:

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

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

mediante pagamento online con PagoPA	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------

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

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

ANNOTAZIONI EVENTUALI

che per maggior chiarezza, si precisa:

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

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

CONDIZIONI

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

L' attività è svolta in forma societaria (da NON cliccare in caso di SRL unipersonali o con amministratore unico e di SAS con unico accomandatario)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ALLEGA

Copia documento d'identità in corso di validità ai sensi del DPR 445/2000 (OBBLIGATORIO per coloro che firmano in maniera autografa la PROCURA SPECIALE) - Pitta Catia Sofia.pdf.p7m (OK documento allegato).

Planimetria dei locali con layout degli arredi e delle attrezzature - FARMACIA UNIPARMA DOTT. CATIA SOFIA PITTA PLANIMENTRIA LOCALI VIA BRUNO SCHREIBER 15 A PARMA 11 12 2020.pdf.p7m (OK documento allegato).
--

Procura Speciale - procura_speciale_GRRNCL58D01F798R-202012141527-2097604.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/informativaprivacy/>

Data presentazione: 14-12-2020