

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

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	TRASFERIMENTO FARMACIA IN NUOVA SEDE AL NUOVO NUMERO CIVICO DI VIA GHIARA SABBIONI N.18/B

il/la sottoscritto/a(*)	TORELLI ANDREA		
Nato a(*)			
il(*)		cod.Fiscale(*)	
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)	PARMA (Prov: PR)	CAP(*)	43123
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	VIA TOSCANA 45/1		
tel. (*)	0521494343	fax	0521494344
località/ frazione	PARMA	cellulare	
PEC (*)	ANDREATORELLI@CGN.LEGALMAIL.IT		
domicilio elettronico	ANDREA@STUDIOTORELLIPARMA.IT		

E
COMUNE DI FONTANELLATO
Comune di Fontanellato
COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DIGITALE
Protocollo N.0006809/2020 del 23/07/2020
Firmatario: ANDREA TORELLI

Descrizione qualifica	PROFESSIONISTA
Specifica:	
Comune	provincia della sede

Iscritto all'albo	ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI				
Specifica:					
Numero albo	454/A	Prov. Di Iscrizione	PR	Data iscrizione	10-01-1995

Ai sensi del DPR 445/2000 dichiaro di essere stato delegato dall'impresa sotto indicata alla presentazione della presente Comunicazione	
Specifica:	
tramite l'atto di procura speciale	

sottoscritto il	23-07-2020	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)	MNRKTA70T57I153G	Forma giuridica	IMPRESA INDIVIDUALE
denominazione/ragione sociale (*)	FARMACIA MAINARDI KATIA		
Con sede in (*)	FONTANELLATO	CAP.(*)	43012
Codice catastale comune	D673	ISTAT Comune	34015
Provincia	PARMA (PR)	ISTAT Provincia	34
indirizzo(*)	VIA GHIARA SABBIONI 15		
telefono	0521821736	fax	
eMail	FARMACIA.MAINARDI@GMAIL.COM		
cod.Fiscale (*)		P.IVA.	02315490348
Provincia di iscrizione al registro imprese	PR	num.	228215

dati rappresentante legale o titolare

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

OGGETTO

TRASFERIMENTO FARMACIA IN NUOVA SEDE AL NUOVO NUMERO CIVICO DI VIA GHIARA SABBIONI N.18/B

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: FONTANELLATO

DICHIARAZIONE RELATIVA AL TRASFERIMENTO DELLA FARMACIA IN ALTRI LOCALI

di chiedere il trasferimento della farmacia:

dall' ubicazione in	FONTANELLATO
Via	GHIARA SABBIONI
n°	15
nella nuova ubicazione in	FONTANELLATO
via	GHIARA SABBIONI
n°	18/B
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	MAINARDI
Nome	KATIA

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 MAINARDI KATIA
---------------------------------------	-------------------------

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:	01191478036741
emesso in data	03-04-2020
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 esercitata in forma societaria	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ALLEGA

Planimetria dei locali con layout degli arredi e delle attrezzature - PlaniMainardi.pdf.p7m (OK documento allegato).
--

Copia documento d'identità in corso di validità ai sensi del DPR 445/2000 (OBBLIGATORIO per coloro che firmano in maniera autografa la PROCURA SPECIALE) - Mainardi Katia - 17.12.2028.pdf (OK documento allegato).

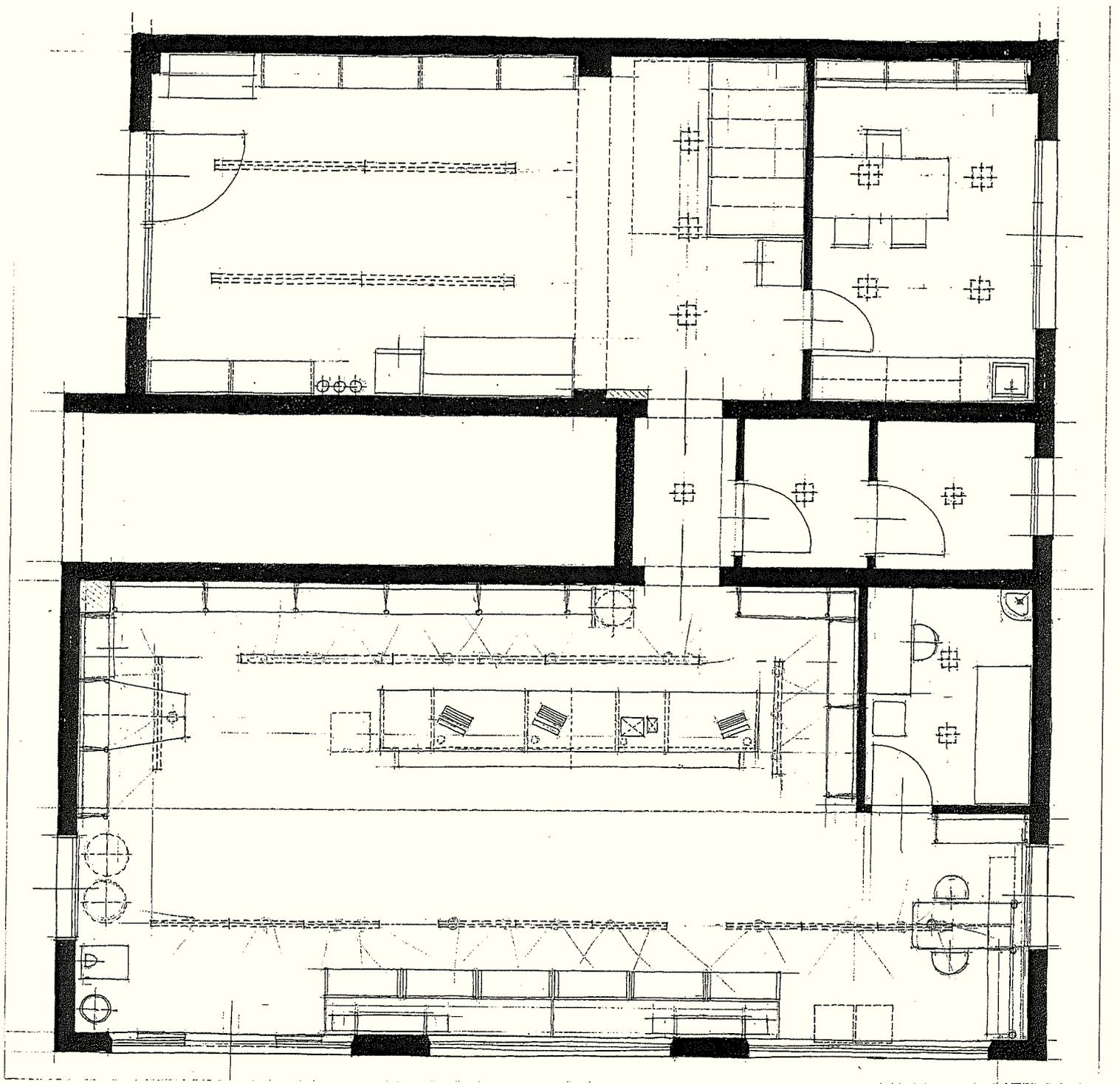
Procura Speciale - procura_speciale_TRLNDR62D28G337U-202007231448-2003272.pdf.p7m (OK documento allegato).
--

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: 23-07-2020 15:18



PROCURA SPECIALE

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

<i>Codice univoco di identificazione della pratica:</i>	TRLNDR62D28G337U-202007231448-2003272
CCIAA	

lo sottoscritto	KATIA MAINARDI
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/società	FARMACIA MAINARDI KATIA
Codice fiscale	MNRKTA70T57I153G

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	ANDREA	cognome	TORELLI
Codice fiscale	TRLNDR62D28G337U		
Tel./ cell	0521494343		
e.mail/ PEC	ANDREATORELLI@CGN.LEGALMAIL.IT		

procura speciale

1. per la sottoscrizione con firma digitale, compilazione e presentazione telematica della pratica, al SUAP territorialmente competente e/o alla CCIAA;
 2. per tutti gli atti e le comunicazioni, inerenti all'inoltro on-line della medesima pratica;
 3. per l'elezione del domicilio speciale elettronico di tutti gli atti e le comunicazioni inerenti la pratica e/o il procedimento amministrativo, presso l'indirizzo di posta elettronica del procuratore, che provvede alla trasmissione telematica (la ricezione di atti e provvedimenti anche limitativi della sfera giuridica del delegante);
 4. altro (*specificare, ad es.:ogni adempimento successivo previsto dal procedimento*):
-

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

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

Dichiaro inoltre

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

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

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

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