

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO
A: SUAP Unione Bassa Est Parmense Comune di SORBOLO MEZZANI

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	DOMANDA DI TRASFERIMENTO DEI LOCALI DELLA FARMACIA DEI SANTI S.A.S. - SEDE FARMACEUTICA N. 3 - PRIVATA - URBANA - ALL'INTERNO DELLA PROPRIA PIANTA ORGANICA

il/la sottoscritto/a(*)	DEL BUE MARCO		
Nato a(*)			
il(*)	23-01-1970	cod.Fiscale(*)	00000000000
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 (*)	BORGIO SALNITRARA 3 - 43121 PARMA PR		
tel.(*)	0521921860	fax	0521921876
località/frazione		cellulare	
PEC (*)	MARCODELBUE@GIGAPEC.IT		
domicilio elettronico	MARCODELBUE@GIGAPEC.IT		

Descrizione qualifica	PROFESSIONISTA INCARICATO		
Specifica:			
Comune		provincia della sede	

Iscritto all'albo	ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI				
Specifica:					
Numero albo	878A	Prov. Di Iscrizione	PR	Data iscrizione	24-03-2011

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	14-11-2022	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)	02857300343	Forma giuridica	SOCIETA' IN ACCOMANDITA SEMPLICE
denominazione/ragione sociale (*)	FARMACIA DEI SANTI S.A.S. DEL DOTT. CRISTIANO CORDANI		
Con sede in (*)	SORBOLO MEZZANI	CAP. (*)	43058
Codice catastale comune	M411	ISTAT Comune	34051
Provincia	PARMA (PR)	ISTAT Provincia	34
indirizzo(*)	VIA GRAMSCI 58		
telefono	0521630734	fax	
eMail	FARMACIADEISANTI@GMAIL.COM		
cod.Fiscale (*)	02857300343	P.IVA.	02857300343
Provincia di iscrizione al registro imprese	PR	num.	272531

dati rappresentante legale o titolare

Carica legale rappresentante	SOCIO ACCOMANDATARIO E RAPPRESENTANTE LEGALE		
Nome e cognome (*)	CRISTIANO CORDANI		
Nato a (*)	PARMA (Prov. PR)	In data (*)	28-09-1976
Codice fiscale (*)	02857300343		
Residente a (*)		CAP. (*)	43058
Indirizzo (*)	PIAZZA DON GIUSEPPE DIAS...		

OGGETTO

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DEI LOCALI DELLA FARMACIA DEI SANTI S.A.S. - SEDE FARMACEUTICA N. 3 - PRIVATA - URBANA - ALL'INTERNO DELLA PROPRIA PIANTA ORGANICA

Scelte effettuate per la compilazione

INTERVENTI:

- Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica

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: SORBOLO MEZZANI

DICHIARAZIONE RELATIVA AL TRASFERIMENTO DELLA FARMACIA IN ALTRI LOCALI

di chiedere il trasferimento della farmacia:

all'interno della sede farmaceutica n.	3
--	---

e nel rispetto della normativa vigente in materia di distanza tra le farmacie

in via	LARGO ALBERAZZA
--------	-----------------

n.	14
----	----

dell'attuale ubicazione in

via	GRAMSCI
-----	---------

n.	58
----	----

DICHIARAZIONE RELATIVA AD AGIBILITÀ FARMACIE

Di:

impegnarsi a produrre la documentazione attestante l'agibilità e la conformità edilizia dei locali nel momento in cui verrà fatta l'ispezione	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

DICHIARAZIONE RELATIVA A ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO

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

di aver assolto all'imposta di bollo per l'importo di 16 euro	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

mediante contrassegno adesivo (marca da bollo)	<input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------------------

numero:	01210816847275
---------	----------------

emesso in data	11-07-2022
----------------	------------

mediante F24	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

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

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

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:	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

DICHIARAZIONE RELATIVA A 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

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

CONDIZIONE TRASVERSALE - 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"/>
--	--------------------------

Ai fini dell'espressione degli atti di assenso si allega la seguente documentazione:

Planimetria quotata dei locali con layout degli arredi e delle attrezzature - planimetria.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica - bollo.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica - visura.pdf.p7m (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica - documento.pdf.p7m (OK documento allegato).
Procura Speciale - procura.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: 15-11-2022 16:09

PROCURA SPECIALE

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

Codice univoco di identificazione della pratica: CCIAA	DLBMRC82P28G337O-202210071917-2638216
---	---------------------------------------

Io sottoscritto	CISTIANO CORDANI		
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/società	FARMACIA DEI SANTI S.A.S. DEL DOTT. CRISTIANO CORDANI		
Codice fiscale	02200000370		

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

associazione (specificare):	
studio Professionale	STUDIO FURLOTTI DEL BUE
altro (es.: privato cittadino, da specificare):	

con sede (solo per forme associate)

Comune	PARYA	Prov.	PR
--------	-------	-------	----

nella persona di:

nome	MARCO	cognome	DEL BUE
Codice fiscale	DLBMRC82P28G		
Tel./ cell	0521921860		
e.mail/ PEC	MARCODELBUE@GIGAPEC.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 / CCIA.

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.

Cariche sociali

rilevante nell'ipotesi di domanda di iscrizione della nomina alle cariche sociali-
Dichiarano 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		

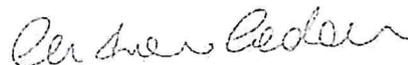
	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

Luogo: PARMA

Data: 14/11/2022

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;

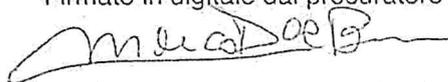
che la conservazione in originale dei documenti avviene presso la sede del procuratore qualora non siano custoditi presso il soggetto delegante;

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'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.

MARCA DA BOLLO PER ISTANZA DI TRASFERIMENTO LOCALI DELLA
FARMACIA DEI SANTI S.A.S. DEL DOTT. CRISTIANO CORDANI



IDENTIFICATIVO: 01210816847275 del 11/07/2022

