



CITTA' DI SALSOMAGGIORE TERME

Settore Tecnico

Servizio Sviluppo Economico e Sportello Unico per le attività Produttive

Viale Romagnosi n. 7/B - 43039 Salsomaggiore Terme (Parma)

Tel. 0524 580221 -260-251 -265 - e-mail amministrativa@comune.salsomaggiore-terme.pr.it

Pec suap@postacert.comune.salsomaggiore-terme.pr.it

P.IVA 00201150349

Prot. gen. n. 0041599

Salsomaggiore Terme, lì 14/12/2023

Spett.le

Azienda U.S.L. di Parma

Servizio Farmaceutica Territoriale

farmaceutica_territorialeJpec.aul.pr.it

Oggetto: Istanza di rilascio autorizzazione per trasferimento dei locali della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica.

Farmacia Cuoghi di Cuoghi Elisabetta e C. s.a.s.

Per quanto di competenza, si trasmette, in allegato alla presente, l'istanza presentata in data 13/12/2023, acquisita al protocollo generale dell'Ente al n. 41500, e successiva integrazione del 13/12/2023, prot. n. 41542 del 14/12/2023, relativa al trasferimento dei locali della "Farmacia Cioghi" all'interno della propria sede farmaceutica, dai locali ubicati in via Tabiano, n. 63/A ai locali ubicati in viale Fidenza, n. 12, in Salsomaggiore Terme.

Rimanendo in attesa di riscontro, si porgono distinti saluti.

Il Responsabile del procedimento

dott.ssa Silvia Barbieri

(firmato digitalmente)

Allegati:

Istanza SUAP del 13/12/2023 prot. n. 41500

Integrazione del 14/12/2023 prot. n. 41542

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO	
A: SUAP Salsomaggiore Terme Comune di SALSOMAGGIORE TERME	

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica

il/la sottoscritto/a(*)	BOTTAZZI MATTEO		
Nato a(*)			
il(*)		cod.Fiscale(*)	
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)		CAP(*)	
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	VIA CAVOUR 4 - SAN SECONDO (PR)		
tel.(*)	0521872954	fax	
località/ frazione		cellulare	
PEC (*)	MATTEO.BOTTAZZI@ARCHIWORLDPEC.IT		
domicilio elettronico			

In qualità di: Professionista/associazione di categoria/altro soggetto munito di procura/in qualità di delegato dal procuratore (delegato dal procuratore SOLO per impianti radioelettrici per telefonia mobile)

Descrizione qualifica	PROFESSIONISTA INCARICATO		
Specifica:			
Comune		provincia della sede	

Iscritto all'albo	ORDINE DEGLI ARCHITETTI, PIANIFICATORI, PAESAGGISTI E CONSERVATORI				
Specifica:					
Numero albo	1118	Prov. Di Iscrizione	PR	Data iscrizione	

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		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)	03014610343	Forma giuridica	SOCIETA' IN ACCOMANDITA SEMPLICE
denominazione/ragione sociale (*)	FARMACIA CUOGHI DI CUOGHI ELISABETTA E C.S.A.S.		
Con sede in (*)	SALSOMAGGIORE TERME	CAP.(*)	43039
Codice catastale comune	H720	ISTAT Comune	034032
Provincia	PARMA (PR)	ISTAT Provincia	034
indirizzo(*)	VIA TABIANO 63/A		
telefono	3382182206	fax	
eMail			
cod.Fiscale (*)		P.IVA.	03014610343
Provincia di iscrizione al registro imprese	PR	num.	284703

dati rappresentante legale o titolare

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

OGGETTO
TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica

<i>Scelte effettuate per la compilazione</i>
--

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: SALSOMAGGIORE TERME

DICHIARAZIONE RELATIVA AL TRASFERIMENTO DELLA FARMACIA IN ALTRI LOCALI

di chiedere il trasferimento della farmacia:

all'interno della sede farmaceutica n.	032
--	-----

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

in via	FIDENZA
--------	---------

n.	12
----	----

dell'attuale ubicazione in

via	TABIANO
-----	---------

n.	63/A
----	------

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	☒
---	-------------------------------------

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	☒
---	-------------------------------------

mediante contrassegno adesivo (marca da bollo)	☒
--	-------------------------------------

numero:	01220267692868
---------	----------------

emesso in data	11-12-2023
----------------	------------

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:	☐

C O N D I Z I O N I

CONDIZIONE TRASVERSALE - Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea	☐
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)	☐

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

Planimetria quotata dei locali con layout degli arredi e delle attrezzature - SUAP 02_Elaborato Grafico Layout arredi.pdf.p7m (OK documento allegato).
Procura Speciale - procura speciale BTTMTT80E071153N-202312131054-3032264.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: 13-12-2023 12:28

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

Codice univoco di identificazione della pratica:	BTTMTT80E07I153N-202312131054-3032264
CCIAA	

Io sottoscritto	ELISABETTA CUOGHI		
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/società		FARMACIA CUOGHI DI CUOGHI ELISABETTA E C. S.A.S.	
Codice fiscale			

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

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

con sede (solo per forme associate)

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

nella persona di:

nome	MATTEO	cognome	BOTTAZZI
Codice fiscale			
Tel./ cell	0521872954		
e.mail/ PEC	MATTEO.BOTTAZZI@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, cui file saranno firmati digitalmente e successivamente inviati dal procuratore.

Dichiarazione da compilare unicamente per la CCI/AA:

Cariche sociali

rilevante nell'ipotesi di domanda di iscrizione della nomina alle cariche sociali-
Dichiara/no che non sussistono cause di ineleggibilità ai fini dell'iscrizione delle cariche assunte in organi di amministrazione (art. 2383 c.c.) e di controllo (art. 2400 c.c.) della società.

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

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

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

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

Luogo:

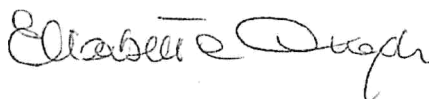
Data:

SALSOMAGGIORE TERME

13/12/2023

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, a/Y.47 per presa visione ed accettazione dell'incarico conferito.

Il procuratore, che sottoscrive con firma digitale la copia informatica (immagine scansionata) del presente documento, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

di agire in qualità di procuratore speciale in rappresentanza del soggetto che ha posto la propria firma autografa sulla procura stessa;

che i dati trasmessi in via telematica sono stati resi in modo fedele alle dichiarazioni del soggetto rappresentato;

che la copia informatica di eventuali documenti non notarili contenenti dichiarazioni presenti nella modulistica destinata al SUAP/SUE/CCIA, allegati alla pratica inviata, corrispondono ai documenti acquisiti, che sono stati prodotti dal delegante;

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

che gli elaborati grafici cartacei già firmati da tutti i soggetti (proprietari e tecnici), che a causa del grande formato non sono scansionabili integralmente, sono conformi ai file firmati digitalmente.

I medesimi file, firmati digitalmente, sono inviati con:

- la copia informatica dell' intestazione/cartiglio cartaceo (di formato A4) contenente le firme dei soggetti sottoscrittori,
- la copia informatica del documento d'identità dei sottoscrittori.

Firmato in digitale dal procuratore

Nota_1: informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Privacy)

I dati riferiti a persone ed imprese sopra riportati, sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini della pratica e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Nota_2: Modalità

Il presente modello, se non firmato digitalmente dal delegante, deve essere compilato e sottoscritto con firma autografa dal delegante.

Successivamente a cura del delegato/incaricato/procuratore, deve essere scansionato e trasformato in copia informatica di formato: pdf, firmato digitalmente dal delegato ed allegato alla pratica.

Al presente modello deve essere sempre allegata la copia informatica di un documento di identità valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa.

La copia informatica del documento è costituita dal documento scansionato.

Provincia di Pavia
Comune di Salsomaggiore Terme

MANUTENZIONE STRADINARIA

Fase prog:
(CILA)

Committente :
Farmacia Cuoghi di Cuoghi Elisabetta e C. sas
Via Tabano, 63/a, 43039 Tabiano Bagri PR

Ubicazione Intervento:
viale Fidenza, 12 - Tabiano Bagri - Salsomaggiore Terme PR

r.a. :
arch. Matteo Bottazzi
via Cavour 4 - San Secondo (PR)

LAYOUT ARREDI

O4

1:50

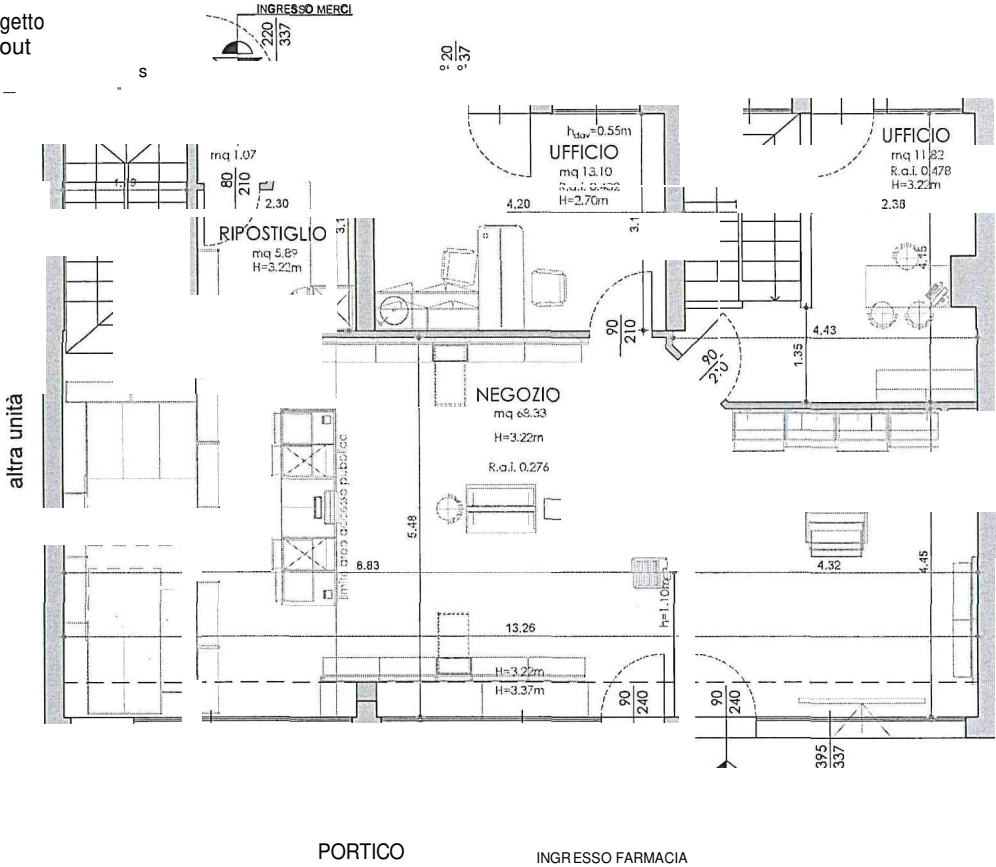
Revisione: Rev 0 - Novembre 2023

STUDIO RONDA

arch. Andrea Ronda
ing. Fabio Ciciliato
arch. Alessandro Ronda
arch. Matteo Bottazzi



Stato di Progetto
Pianta Layout
scala 1:50



Pratica di Roma
Comune di Salsomaggiore Terme

Commessa:
MANUTENZIONE STRAORDINARIA

Fase prog:
COMUNICAZIONE DI INIZIO LAVORI ASSEVERATA
(CILA)

Comitente:
Farmacia Cuoghi di Cuoghi Elisabetta e C. sas
Via Tabano, 6/a, 41039 Tabano Sagra PR

Localizzazione intervento:
Viale Filadelfia, 12 - Tabano Sagra - Salsomaggiore Terme PR

Progettista:
Arch. Matteo Bottazzi
Via Cavour 4 - San Secondo (PR)
Tel. 0521/877114 - Fax. 0521/877114
Email: info@studioronda.com

Elaborazioni:
LAYOUT

Tavola:
04

Scala:
1:50

Revisione:
Rev. G - Novembre 2023

STUDIO
RONDA
ARCHITETTURA
INTERIORE

Arch. Andrea Ronda
Ing. Fabio Culbuto
Arch. Alessandro Ronda
Arch. Matteo Bottazzi

Stato di Progetto
Pianta Layout
scala 1:50

Pianta Piano Seminterrato
scala 1:50

Pianta Piano Primo
scala 1:50