

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO
A: SUAP Modena Comune di MODENA

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	Pratica 1 -202409282004-3310625 per SUAP di Modena di 02747060362 FARMACIE COMUNALI DI MODENA S.P.A. [COMUNICAZIONE di attività sanitarie svolte in farmacia]

il/la sottoscritto/a(*)			
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 (*)	BENTIVOGLIO (BO)		
tel. (*)		fax	
località/ frazione		cellulare	
PEC (*)	FCM.SPA@LEGALMAIL.IT		
domicilio elettronico	MARCO.TIENGO@ADMENTAITALIA.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 DEI FARMACISTI			
Specifica:				
Numero albo		Prov. Di Iscrizione		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)	02747060362	Forma giuridica	SOCIETA' PER AZIONI
denominazione/ragione sociale (*)	FARMACIE COMUNALI DI MODENA S.P.A.		
Con sede in (*)	MODENA	CAP.(*)	41123
Codice catastale comune	F257	ISTAT Comune	036023
Provincia	MODENA (MO)	ISTAT Provincia	036
indirizzo(*)	VIA DEL GIGLIO 21		
telefono	0516372011	fax	
eMail			
cod.Fiscale (*)	FRURNN79E61E463H	P.IVA.	02747060362
Provincia di iscrizione al registro imprese	MO	num.	327340

dati rappresentante legale o titolare

Carica legale rappresentante	AMMINISTRATORE DELEGATO		
Nome e cognome (*)	ARIANNA FURIA		
Nato a (*)		In data (*)	
Codice fiscale (*)	F		
Residente a (*)		CAP.(*)	
Indirizzo (*)			

OGGETTO
Pratica 202409282004-3310625 per SUAP di Modena di 02747060362 FARMACIE COMUNALI DI MODENA S.P.A. [COMUNICAZIONE di attività sanitarie svolte in farmacia]

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

INTERVENTI:

- COMUNICAZIONE di attività sanitarie svolte in farmacia

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

Al: MODENA

COMUNICAZIONE DI ATTIVITA' SANITARIE SVOLTE IN FARMACIA

che è in possesso di:

rilasciato/presentato presso il Comune di :	
Autorizzazione	☒
numero di protocollo	2014
rilasciata in data	29-01-1982
DIA/SCIA	☐
Comunicazione	☐

di:

- svolgere nei locali delle farmacie le attività sanitarie diverse dalla dispensazione di medicinali indicate attraverso la compilazione del [FORM](https://imprese.regione.emilia-romagna.it/semplificazione-e-sportello-unico/prestazioni-farmaceutiche-form-manuale-slides-1) (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

la presente è la prima comunicazione inoltrata delle attività sanitarie diverse dalla dispensazione di medicinali svolte nei locali della farmacia	☒
la presente costituisce aggiornamento di comunicazione già inoltrata	☐

- nel caso sia stato indicato il possesso di parte dei requisiti, di essere a conoscenza della necessità di adeguamento entro il 20/2/2027

che per maggior chiarezza, si precisa:

NON è necessaria nessuna nota aggiuntiva	☒
per maggior chiarezza, preciso che:	☐

CONDIZIONI

Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea	☐
FARMACIA - Sono presenti infermieri o eventuali operatori socio-sanitari	☐

Si allega la seguente documentazione:

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". - MO_Villaggio Giardino Planimetria.pdf (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 - Form Villaggio Giardino.pdf (OK documento allegato).
Procedure/istruzioni operative prevenzione e controllo infezioni - PROCEDURA PREVENZIONE E CONTROLLO INFEZIONI.pdf (OK documento allegato).
Procura Speciale - procura_speciale_TNGMRC80E09G388X-202408290922-3281483 (Farmacie Comunali di Modena Spa).pdf (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: 28-09-2024 20:09

Firmato digitalmente da:

Tiengo Marco

Data: 28/09/2024 20:10:35

ANNALISA RIGHI
06.07.2026 14:56:18 CEST

