

<b>PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO</b>	<i>Imposta di bollo assolta in modalità virtuale</i>
<b>A: SUAP Frignano</b> Comune di <b>PAVULLO NEL FRIGNANO</b>	

<b>Oggetto pratica</b>	
descrizione sintetica dell'intervento	<b>RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE UTILIZZO LOCALI DISTACCATI - FARMACIA LE ARCATI</b>

il/la sottoscritto/a(*)	[REDACTED]		
Nato a(*)	[REDACTED]		
il(*)	[REDACTED]	cod.Fiscale(*)	[REDACTED]
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)	[REDACTED] (Prov: MO)	CAP(*)	[REDACTED]
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	MODENA		
tel. (*)	059340998	fax	
località/frazione	[REDACTED]	cellulare	059340998
PEC (*)	MODENA@PEC.FEDERFARMA.IT		
domicilio elettronico	INFO@FEDERFARMAMODENA.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	ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA		
Specifica:			
Comune	MODENA	provincia della sede	MO

Ai sensi del DPR 445/2000 dichiaro di essere stato delegato dall'impresa sotto indicata alla presentazione della presente		
Specifica:		
tramite l'atto di procura speciale		
sottoscritto il	15-02-2024	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)	03785530365	Forma giuridica	SOCIETA' IN NOME COLLETTIVO
denominazione/ragione sociale (*)	FARMACIA LE ARCATE S.N.C. DELLE DOTT.SSE BARBIERI MONICA E CORSINI DANIELA IN BREVE "FARMACIA LE ARCATE S.N.C."		
Con sede in (*)	PAVULLO NEL FRIGNANO	CAP. (*)	41026
Codice catastale comune	G393	ISTAT Comune	036030
Provincia	MODENA (MO)	ISTAT Provincia	036
Indirizzo (*)	VIA BRAGLIA 13		
telefono	053620940	fax	
eMail			
cod. Fiscale (*)	03785530365	P. IVA.	03785530365
Provincia di iscrizione al registro imprese	MO	num.	417514

dati rappresentante legale o titolare

Carica legale rappresentante	LEGALE RAPPRESENTANTE		
Nome e cognome (*)	MONICA BARBIERI		
Nato a (*)		In data (*)	
Codice fiscale (*)			
Residente a (*)		CAP. (*)	
Indirizzo (*)			

**OGGETTO**

**RICHIEDA DI AUTORIZZAZIONE UTILIZZO LOCALI DISTACCATI - FARMACIA LE ARCATE**

*Scelte effettuate per la compilazione*

**INTERVENTI:**

- Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI della 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

**AI: PAVULLO NEL FRIGNANO**

### DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'UTILIZZO DI LOCALI DISTACCATI

di chiedere l'autorizzazione all'utilizzo di locali distaccati:

in via	PONCHIELLI
n.	21

dichiarando che i locali distaccati:

sono ubicati all'interno della sede farmaceutica di competenza oppure,	<input checked="" type="checkbox"/>
solo nel caso in cui i locali siano utilizzati esclusivamente per attività per le quali non è consentito l'accesso al pubblico, sono al di fuori della sede farmaceutica di pertinenza ma entro i confini del comune in cui è ubicata la farmacia	<input type="checkbox"/>

### 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"/>
---	-------------------------------------

\*\*\*\*\*

che per maggior chiarezza, si precisa:

NON è necessaria nessuna nota aggiuntiva	<input checked="" type="checkbox"/>
per maggior chiarezza, preciso che:	<input type="checkbox"/>

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

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

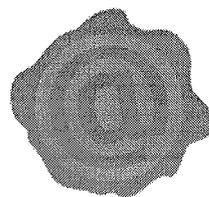
Planimetria quotata dei locali con layout degli arredi e delle attrezzature - LE ARCATE_LAYOUT_signed.pdf (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI della farmacia - LE ARCATE_C.I. BARBIERI.pdf (OK documento allegato).
allegato libero - Intervento: Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI della farmacia - LE ARCATE_RELAZIONE TECNICA_signed.pdf (OK documento allegato).
Procura Speciale - LE ARCATE_PROCURA SPECIALE FIRMATA_signed.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: 21-02-2024 09:32



Federica  
Rompianesi  
21.02.2024  
09:33:36  
GMT+01:00