PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO
A: SUAP Modena Comune di MODENA

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	Pratica 202505201600- 3544041 per SUAP di Modena di 04001870361 LAFARMACIA.SANT'ANTONIO MODENA SRL [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica]

il/la sottoscritto/a(*)	V M		
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(*)	20054
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)			
tel.(*)		fax	
località/ frazione		cellulare	
PEC (*)			
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		Prov. Di Iscrizione	MI	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	20-05-2025	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)	04001870361	Forma giuridica	SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA
denominazione/ragione sociale (*)	LAFARMACIA.SANT'ANTONIO MODENA SRL		
Con sede in (*)	MODENA	CAP.(*)	41121
Codice catastale comune	F257	ISTAT Comune	036023
Provincia	MODENA (MO)	ISTAT Provincia	036
indirizzo(*)	VIALE GIUSEPPE VERDI 161		
telefono	0289305667	fax	
eMail			
cod.Fiscale (*)		P.IVA.	04001870361
Provincia di iscrizione al registro imprese	MO	num.	435181

dati rappresentante legale o titolare

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

OGGETTO

**Pratica -202505201600-3544041 per SUAP di Modena di 04001870361
LAFARMACIA.SANT'ANTONIO MODENA SRL [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica]**

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: MODENA

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI FARMACIA - TRASFERIMENTO DEI LOCALI DELLA FARMACIA ALL'INTERNO DELLA PROPRIA SEDE FARMACEUTICA

di chiedere il trasferimento della farmacia:

all'interno della sede farmaceutica n.	10400055
--	----------

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

in via	CIRO MENOTTI
--------	--------------

n.	18
----	----

dell'attuale ubicazione in

via	VIALE G. VERDI
-----	----------------

n.	161
----	-----

di:

impegnarsi a produrre la documentazione attestante l'agibilità e la conformità edilizia dei locali nel momento in cui verrà fatta l'ispezione	☒
---	-------------------------------------

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 ATTIVITÀ 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

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:	01240618693790
---------	----------------

emesso in data	20-05-2025
----------------	------------

mediante F24	☐
--------------	--------------------------

mediante pagamento online con PagoPA (Solo per le pratiche dei VVF: https://pagopa.vigilfuoco.it/)	☐
---	--------------------------

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:	☐
---	--------------------------

di aver assolto all'imposta di bollo per l'importo di 16 euro da apporre sull'atto di autorizzazione	☒
--	-------------------------------------

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

numero:	01240618693789
---------	----------------

emesso in data	20-05-2025
----------------	------------

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:	☐
-------------------------------------	--------------------------

CONDIZIONI

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

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)	☐
---	--------------------------

FARMACIA - Sono presenti infermieri o eventuali operatori socio-sanitari	☐
--	--------------------------

Si allega la seguente documentazione:

Procedure/istruzioni operative prevenzione e controllo infezioni - Modena_SantAntonio_Trasferimento_ProcedurePrevenzioneInfezioni.pdf.p7m (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 - Modena_SantAntonio_Trasferimento_DichAttivitSanitarie.pdf.p7m (OK documento allegato).
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". - Modena_SantAntonio_Trasferimento_PlanimetriaLocali.pdf.p7m (OK documento allegato).
Procura Speciale - Modena_SantAntonio_Trasferimento_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: 09-07-2025 10:45