

<b>PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO</b>
<b>A: SUAP Modena</b> Comune di <b>MODENA</b>

<b>Oggetto pratica</b>	
descrizione sintetica dell'intervento	<b>Pratica CTRFNC89A63D643A-202604201236-3845860 per SUAP di Modena di 03875040366 FARMACIA MODENA 55 S.N.C. DI GIORGI VALENTINA E C. SOCIETA' BENEFIT [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica]</b>

il/la sottoscritto/a(*)	<b>CUTRUZZOLA' FRANCESCA</b>		
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]	CAP(*)	[REDACTED]
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	[REDACTED]		
tel.(*)	[REDACTED]	fax	[REDACTED]
località/frazione	[REDACTED]	cellulare	[REDACTED]
PEC (*)	FRANCESCA.CUTRUZZOLA@ARCHIWORLDPEC.IT		
domicilio elettronico	FRANCESCA.CUTRUZZOLA@GMAIL.COM		

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	FG

Iscritto all'albo	ORDINE DEGLI ARCHITETTI, PIANIFICATORI, PAESAGGISTI E CONSERVATORI				
Specifica:					
Numero albo	1291	Prov. Di Iscrizione	FG	Data iscrizione	10-04-2014

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	20-04-2026	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)	03875040366	Forma giuridica	SOCIETA' IN NOME COLLETTIVO
denominazione/ragione sociale (*)	FARMACIA MODENA 55 S.N.C. DI GIORGI VALENTINA E C. SOCIETA' BENEFIT		
Con sede in (*)	MODENA	CAP.(*)	41126
Codice catastale comune	F257	ISTAT Comune	036023
Provincia	MODENA (MO)	ISTAT Provincia	036
indirizzo(*)	VIA NICOLO' BIONDO 242		
telefono		fax	
eMail	GLCFARMA@LEGALMAIL.IT		
cod.Fiscale (*)	GROVNT77H59A462M	P.IVA.	03875040366
Provincia di iscrizione al registro imprese	MO	num.	424970

dati rappresentante legale o titolare

Carica legale rappresentante	SOCIO AMMINISTRATORE		
Nome e cognome (*)	VALENTINA GIORGI		
Nato a (*)		In data (*)	
Codice fiscale (*)	GROVNT77H59A462M		
Residente a (*)		CAP.(*)	
Indirizzo (*)			

#### OGGETTO

Pratica CTRFNC89A63D643A-202604201236-3845860 per SUAP di Modena di 03875040366 FARMACIA MODENA 55 S.N.C. DI GIORGI VALENTINA E C. SOCIETA' BENEFIT [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.	55
--	----

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

in via	EMILIO PO'
--------	------------

n.	176
----	-----

dell'attuale ubicazione in

via	NICOLO' BIONDO
-----	----------------

n.	242
----	-----

\*\*\*\*\*

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:

ai fini della gestione della farmacia e nel rispetto di quanto stabilito all'art.11 comma 7 del DL 1/2012 è stata costituita la società (specificare denominazione):	FARMACIA MODENA 55 S.N.C. DI GIORGI VALENTINA E C. SOCIETA' BENEFIT
--	---

con P.IVA	03875040366
-----------	-------------

con N. Iscrizione CCIAA	424970
-------------------------	--------

i cui soci coassegnatari sono (indicare nome e cognome):	GLC FARMA
--	-----------

e di individuare quale Direttore della farmacia (indicare Cognome e Nome del co-titolare scelto)	GIORGI VALENTINA
--	------------------

N.B.: TUTTI i soci coassegnatari DEVONO, SOLO IN CASO DI APERTURA E RINUNCIA ALLA TITOLARITA' DELLA FARMACIA, firmare la presente domanda digitalmente o con firma autografa, allegando in tal caso un documento d'identità valido

\*\*\*\*\*

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/semplicificazione-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

\*\*\*\*\*

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:	01250123235477
emesso in data	25-03-2026
mediante F24	<input type="checkbox"/>
mediante pagamento online con PagoPA (Solo per le pratiche dei VVF: <a href="https://pagopa.vigilfuoco.it/">https://pagopa.vigilfuoco.it/</a> )	<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"/>
---	--------------------------

\*\*\*\*\*

di aver assolto all'imposta di bollo per l'importo di 16 euro da apporre sull'atto di autorizzazione	<input checked="" type="checkbox"/>
mediante contrassegno adesivo (marca da bollo)	<input checked="" type="checkbox"/>
numero:	01251133233557
emesso in data	20-04-2026
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"/>
---	--------------------------

\*\*\*\*\*

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

Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea	<input type="checkbox"/>
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 checked="" type="checkbox"/>
FARMACIA - Sono presenti infermieri o eventuali operatori socio-sanitari	<input type="checkbox"/>

### Si allega la seguente documentazione:

Procedure/istruzioni operative prevenzione e controllo infezioni - Linee_Guida_Prevenzioni_e_Controllo_Infezioni.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 - Attivita_sanitarie_svolte_dalla_farmacia_diverse_dalla_dispensazione_di_medicinali.pdf (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". - LAYOUT_FARMACIA.pdf (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 - Perizia_distanza.pdf (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 - carta_identita_Giorgi.pdf (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 - autorizzazione_farmacia_modena_55.pdf (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 - codice_fiscale_Giorgi.pdf (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_Farmacia_Modena_55.pdf (OK documento allegato).
Procura Speciale - Procura_Speciale_Giorgi.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: 21-04-2026 15:21