

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO
A: SUAP Modena Comune di MODENA

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	Pratica MSCLVI72P51H501N-202510211847-3679318 per SUAP di Modena di 03707760363 "FARMACIA NUOVA MODENESE SNC DEI DOTTORI MASSIMILIANO RUFOLO E BEATRICE FANTINI" ABBREVIABILE IN "FARMACIA NUOVA MODENESE SNC DEI DOTTORI RUFOLO E FANTINI" [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(*)	MOSCA LIVIA		
Nato a(*)	[REDACTED] (Prov: [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		cellulare	
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 Istanza

Specifica:		
tramite l'atto di procura speciale		
sottoscritto il	23-10-2025	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)	03707760363	Forma giuridica	SOCIETA' IN NOME COLLETTIVO
denominazione/ragione sociale (*)	"FARMACIA NUOVA MODENESE SNC DEI DOTTORI MASSIMILIANO RUFOLO E BEATRICE FANTINI" ABBREVIABILE IN "FARMACIA NUOVA MODENESE SNC DEI DOTTORI RUFOLO E FANTINI"		
Con sede in (*)	MODENA	CAP.(*)	41122
Codice catastale comune	F257	ISTAT Comune	036023
Provincia	MODENA (MO)	ISTAT Provincia	036
indirizzo(*)	VIA RICHARD WAGNER 27-29		
telefono	059283484	fax	
eMail	FARMACIANUOVAMODENESE@ARUBA.IT		
cod.Fiscale (*)	RFLMSM66S28H703I	P.IVA.	03707760363
Provincia di iscrizione al registro imprese	MO	num.	410954

dati rappresentante legale o titolare

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

OGGETTO

Pratica MSCLV72P51H501N-202510211847-3679318 per SUAP di Modena di 03707760363
"FARMACIA NUOVA MODENESE SNC DEI DOTTORI MASSIMILIANO RUFOLO E BEATRICE FANTINI" ABBREVIABILE IN "FARMACIA NUOVA MODENESE SNC DEI DOTTORI RUFOLO E FANTINI" [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

Al: 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.	49
--	----

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

in via	CADUTI SUL LAVORO
--------	-------------------

n.	108-110
----	---------

dell'attuale ubicazione in

via	RICHARD WAGNER
-----	----------------

n.	27-29
----	-------

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 (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:	01250211612799
---------	----------------

emesso in data	07-06-2025
----------------	------------

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:	01250211612788
---------	----------------

emesso in data	07-06-2025
----------------	------------

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:

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 - NUOVA_MODENESE_FORM_REGIONALE.pdf (OK documento allegato).
Procedure/istruzioni operative prevenzione e controllo infezioni - PROCEDURA SICUREZZA SERVIZI FARMACIA_NUOVA_MODENESE-signed_signed.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". - Progetto_definitivo_Farm_Nuova_Modenese20250918.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 - MARCA_DA_BOLLO_DOMANDA_AUTORIZZAZIONE.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 - NUOVA_MODENESE_C.I..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 - MARCA_DA_BOLLO_AUTORIZZAZIONE.pdf (OK documento allegato).
Procura Speciale - NUOVA_MODENESE_PROCURA_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: 23-10-2025 19:47



Livia Mosca
23.10.2025 19:48:22
GMT+02:00

ANNALISA RIGHI
27.10.2025 12:18:08 CET