

<b>PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO</b>	<i>Imposta di bollo assolta in modalità virtuale</i>
<b>A: SUAP Bologna</b> Comune di <b>BOLOGNA</b>	

<b>Oggetto pratica</b>	
descrizione sintetica dell'intervento	<b>Pratica MZZMNL84L46A944H-202411032014-3343813 per SUAP di Bologna di FARMACIA DEL RENO DELLA DOTT.SSA MAZZONI MANUELA [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI della farmacia]</b>

il/la sottoscritto/a(*)	<b>MAZZONI MANUELA</b>		
Nato a(*)	<b>BOLOGNA (Prov: BO)</b>		
il(*)	<b>06-07-1984</b>	cod.Fiscale(*)	<b>MZZMNL84L46A944H</b>
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)	BOLOGNA (Prov: BO)		CAP(*) 40136
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	BOLOGNA		
tel.(*)	051381470	fax	
località/frazione	BOLOGNA	cellulare	3480324791
PEC (*)	MA3624BO2288@PEC.FOFI.IT		
domicilio elettronico	MANUELAMAZZONI@LIVE.COM		

In qualità di: **Legale rappresentante di società/Titolare di impresa individuale**

a titolo di (*)	ALTRO PREVISTO DALLA VIGENTE NORMATIVA
Specificare:	TITOLARE DI IMPRESA
Carica legale rappresentante	LEGALE RAPPRESENTANTE
denominazione/ragione sociale (*)	FARMACIA DEL RENO DELLA DOTT.SSA MAZZONI MANUELA
CF / P. IVA (REA)	MZZMNL84L46A944H
Forma giuridica	IMPRESA INDIVIDUALE

Con sede in (*)	BOLOGNA	CAP. (*)	40133
Codice catastale comune	A944	ISTAT Comune	037006
Provincia	BOLOGNA (BO)	ISTAT Provincia	037
Indirizzo (*)	VIA EMILIA PONENTE 156		
telefono	051381470	fax	
eMail	FARMACIADELRENO@GMAIL.COM		
Iscrizione al Registro imprese di	BO	num.	567694

Codice ATECO dell'attività oggetto della presente istanza	840768/202		
cod.Fiscale o Identificativo Straniero (*)	MZZMBL84L46A944H	P.IVA.	04079901205

**OGGETTO**

**Pratica MZZMNL84L46A944H-202411032014-3343813 per SUAP di Bologna di FARMACIA DEL RENO DELLA DOTT.SSA MAZZONI MANUELA [Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI della farmacia]**

***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: BOLOGNA

### DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI FARMACIA - UTILIZZO LOCALI DISTACCATI DELLA FARMACIA

\*\*\*\*\*

che l'attuale sede dell'attività è sita in:

dichiara che l'immobile/gli immobili /unità immobiliare/i è:

sito in:

Comune	BOLOGNA
interno	
(via, piazza, ecc.)	EMILIA PONENTE
cap	40133
n°	156
Frazione	

\*\*\*\*\*

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

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"/>

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

di svolgere nei locali distaccati le seguenti attività\* (è possibile selezionare più di una opzione):

magazzino (accesso al pubblico non consentito);	<input type="checkbox"/>
laboratorio galenico (accesso al pubblico non consentito);	<input type="checkbox"/>
attività sanitarie diverse dalla dispensazione di medicinali indicate attraverso la compilazione del <a href="https://regioneer.it/farmacieprestazioniextra" target="_blank"> form che sarà disponibile dal 26 marzo	<input checked="" type="checkbox"/>

- nel rispetto della normativa vigente e delle disposizioni contenute nelle LINEE GUIDA PER L'UTILIZZO DI LOCALI DISTACCATI DA PARTE DELLE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA approvate con delibera di Giunta regionale n. 446/2023 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;

- di 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»

\*\*\*\*\*

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 type="checkbox"/>
mediante F24	<input checked="" type="checkbox"/>
pagato in data	18-12-2024
pertanto si allega la ricevuta	<input checked="" 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 type="checkbox"/>
mediante F24	<input checked="" type="checkbox"/>
pagato in data	18-12-2024
pertanto si allega la ricevuta	<input checked="" 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 type="checkbox"/>
per maggior chiarezza, preciso che:	<input checked="" type="checkbox"/>
(specificare)	I LOCALI DISTACCATI SI TROVANO IN VIA DECUMANA 63 (FARMACIA DEI SERVIZI)

### CONDIZIONI

Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

### Si allega la seguente documentazione:

Ricevuta pagamento imposta di bollo - F24_FARMACIADELRENO_MAZZONIMANUELA.pdf (OK documento allegato).
Ricevuta pagamento imposta di bollo - 20241219_F24_FARMACIADELRENO_MAZZONIMANUELA.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 - ELENCO_ATT_SANITARIE_DIVERSE.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". - DECUMANA63PlanimetriaStatodiFatto.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: 22-12-2024 10:22