

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO
A: SUAP Bologna Comune di BOLOGNA

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	Pratica MSSMCL71M46A783H-202505141438-3537626 per SUAP di Bologna di 01809291204 AFM - S.P.A. [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(*)	MESSINA MARCELLA		
Nato a(*)	BENEVENTO (Prov: BN)		
il(*)	06-08-1971	cod.Fiscale(*)	MSSMCL71M46A783H
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)	BOLOGNA (Prov: BO)		CAP(*) 40124
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	VIA CASTIGLIONE 5		
tel.(*)	3468616879	fax	
località/frazione		cellulare	
PEC (*)	MARCELLAMESSINA@PEC.IT		
domicilio elettronico	MARCELLA.MESSINA40@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	

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	14-05-2025	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)	01809291204	Forma giuridica	SOCIETA' PER AZIONI CON SOCIO UNICO
denominazione/ragione sociale (*)	AFM - S.P.A.		
Con sede in (*)	BENTIVOGLIO	CAP.(*)	40010
Codice catastale comune	A785	ISTAT Comune	037005
Provincia	BOLOGNA (BO)	ISTAT Provincia	037
indirizzo(*)	PRESSO INTERPORTO, BLOCCO 11.1 --		
telefono	3468616879	fax	
eMail			
cod.Fiscale (*)	FRMSVN72A02B157H	P.IVA.	01809291204
Provincia di iscrizione al registro imprese	BO	num.	391391

dati rappresentante legale o titolare

Carica legale rappresentante	PROCURATORE SPECIALE		
Nome e cognome (*)	SILVANO FIRMO		
Nato a (*)	BRESCIA (Prov: BS)	In data (*)	01-02-1972
Codice fiscale (*)	FRMSVN72A02B157H		
Residente a (*)	BRESCIA	CAP.(*)	25123
Indirizzo (*)	BORGHO WUHRER 16		

OGGETTO
Pratica MSSMCL71M46A783H-202505141438-3537626 per SUAP di Bologna di 01809291204 AFM - S.P.A. [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: BOLOGNA

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.	89
--	----

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

in via	MURRI (CONTAINER TEMPORANEO)
--------	------------------------------

n.	131
----	-----

dell'attuale ubicazione in

via	VIA MURRI
-----	-----------

n.	131
----	-----

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):	AFM SPA
--	---------

con P.IVA	01809291204
-----------	-------------

con N. Iscrizione CCIAA	01809291204
-------------------------	-------------

i cui soci coassegnatari sono (indicare nome e cognome):	COMUNE DI BOLOGNA
--	-------------------

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

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 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	<input checked="" type="checkbox"/>
mediante contrassegno adesivo (marca da bollo)	<input checked="" type="checkbox"/>
numero:	01241274912065
emesso in data	13-05-2025
mediante F24	<input type="checkbox"/>
mediante pagamento online con PagoPA (Solo per le pratiche dei VVF: https://pagopa.vigilfuoco.it/)	<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:	01241274912054
emesso in data	13-05-2025
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 type="checkbox"/>
--	--------------------------

per maggior chiarezza, preciso che:	<input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------------

(specificare)	TRASFERIMENTO TEMPORANEO FARMACIA IN CONTAINER PER LAVORI EDILI AI LOCALI DELLA FARMACIA
---------------	--

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:

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". - Planimetria.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.pdf (OK documento allegato).
Procedure/istruzioni operative prevenzione e controllo infezioni - procedura.pdf (OK documento allegato).
* Collegato a 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". - impeletrr.pdf (OK documento allegato).
* Collegato a 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". - modulocontainer.pdf (OK documento allegato).
* Collegato a 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". - confclima.pdf (OK documento allegato).
* Collegato a 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". - istanzatrasf.pdf (OK documento allegato).
Procura Speciale - procura_speciale_MSSMCL71M46A783H-202505141438-3537626_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: 15-05-2025 16:23