

FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0021211
DATA: 19/06/2026
OGGETTO: Prot.N.0013000/2026 - TRASMISSIONE DOMANDA DI TRASFERIMENTO DEI LOCALI DELLA FARMACIA ALL'INTERNO DELLA PROPRIA SEDE FARMACEUTICA VIA SAN VITALE EST 625 FARMACIA SANTORO DI ANNUNZIATA MAVIGLIA

CLASSIFICAZIONI:

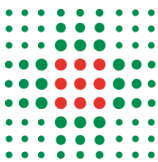
- [17-06]

DOCUMENTI:

File	Hash
PG0021211_2026_Stampa_unica.pdf:	9DED3A7BBFB99CB10BA8D825E0AE917CBC7D40E219EFF217A151EC2F4D22BC8E
PG0021211_2026_Frontespizio.pdf:	4A9595520693B0119B75DA894F6FD6031F226B4E16855CF82079F394C570631E
PG0021211_2026_Pec id_45664462.eml.eml:	00D9AD923CFDC49394F8B88DA0DDA7E1CD434D713B3C5359B1D9793A495BC43E
PG0021211_2026_DatiProtocollazione.xml.xml:	98A4C6998678E158A4B8C8BD9EFC682DB4ADCA6323BB459618F41742FEF6557D
PG0021211_2026_FRILRC85H28D086D-202606182236-3909618.pdf.p7m.p7m:	5A1AB5CED03A5D8A07791627AC8043DF5570981EB5070F13633E250149CAF6A6
PG0021211_2026_FRILRC85H28D086D-202606182236-3909618.pdf.pdf:	4BBB1306379D4FF013F511B38D2311A57733C56AB982A9562A689C4036111137
PG0021211_2026_LAYFarmaciaSantoro.pdf.pdf:	77CB8AAE2625EF7FE81E6D53B33F93FEBEDFD960EB8D9312C5282A30F6D542F8
PG0021211_2026_descrizioneservizisanitari.pdf.pdf:	F1BC77FEE97E69392761631B95DC38B9022BEDAF6BB7481843F298F8C8375FA7
PG0021211_2026_PROCEDURE.pdf.pdf:	E0E4834B8E032523580AC5F7F524C77E9DE3AE9E8B0FA6AFA810F43BBB82D5F3
PG0021211_2026_PROCURA.pdf.p7m.p7m:	2E1A75E2A85748DD76F00758D7A271497DF1417E3C0220B3FB8B10424C4271DA
PG0021211_2026_PROCURA.pdf.pdf:	43CBFF94C5A3801D6C95F864D936E3E8D5A38A35EE29292AC4FB1027A10EC841
PG0021211_2026_MAVIGLIABOLLI.pdf.pdf:	FB11178E23E58F6A201E0FA40164F46979F05F7DC59152F4BC6465764D400513
PG0021211_2026_documentiidentita.pdf.pdf:	E0EAB5D2815F367178D46E961237C17FE0C6E03FA0DD17E6DC397E3FC70452E8



L'originale del presente documento e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente. Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



File	Hash
PG0021211_2026_FRILRC85H28D086D-202606182236-3909618.xml.xml:	6F4B332F488A429BE38E9650ACA5A01981C3DCF2752344076823E5FDAEE00E17
PG0021211_2026_body.pdf.pdf:	15FAD0BC1DBBE40530E6F3D62FD6CC8866BCDDA76A520F345AF5A3B3E96EC596
PG0021211_2026_Pec id_45664462_testo.html.pdf:	6A70F42DF3F6611AC486D317ED577CAE3972BB299075819A0085BB39594D625F



L'originale del presente documento e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente. Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

Si inoltra per quanto di competenza. Cordiali saluti

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO
A: SUAP Medicina Comune di MEDICINA

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	Pratica FRILRC85H28D086D-202606182236-3909618 per SUAP di Medicina di MVGNNZ83E67I725Y FARMACIA SANTORO DI ANNUNZIATA MAVIGLIA [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(*)	FIORE ULDERICO		
Nato a(*)	COSENZA (Prov: CS)		
il(*)	28-06-1985	cod.Fiscale(*)	FRILRC85H28D086D
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)	BOLOGNA (Prov: BO)		CAP(*) 40132
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	VIA M.E. LEPIDO 18/4		
tel.(*)	0516415079	fax	
località/frazione		cellulare	3490861197
PEC (*)	ULDERICO.FIORE@PEC.IT		
domicilio elettronico	U.FIORE@STUDIORUBBI.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	PROFESSIONISTA INCARICATO		
Specifica:			
Comune		provincia della sede	

Isritto all'albo	ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI				
Specifica:					
Numero albo	39/B	Prov. Di Iscrizione	BO	Data iscrizione	

Ai sensi del DPR 445/2000 dichiaro di essere stato delegato dall'impresa sotto indicata alla presentazione della presente Segnalazione

Specifica:		
tramite l'atto di procura speciale		
sottoscritto il	25-01-2025	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)	MVGNNZ83E67I725Y	Forma giuridica	IMPRESA INDIVIDUALE
denominazione/ragione sociale (*)	FARMACIA SANTORO DI ANNUNZIATA MAVIGLIA		
Con sede in (*)	MEDICINA	CAP. (*)	40059
Codice catastale comune	F083	ISTAT Comune	037037
Provincia	BOLOGNA (BO)	ISTAT Provincia	037
indirizzo(*)	VIA S. VITALE 4452		
telefono	0516415079	fax	
eMail	U.FIORE@STUDIORUBBI.IT		
cod.Fiscale (*)	MVGNNZ83E67I725Y	P.IVA.	03334250804
Provincia di iscrizione al registro imprese	BO	num.	583957

dati rappresentante legale o titolare

Carica legale rappresentante	TITOLARE		
Nome e cognome (*)	ANNUNZIATA MAVIGLIA		
Nato a (*)	SIDERNO (Prov: RC)	In data (*)	27-05-1983
Codice fiscale (*)	MVGNNZ83E67I725Y		
Residente a (*)	AFRICO	CAP. (*)	89030
Indirizzo (*)	VIA NAZIONALE SN		

OGGETTO

Pratica FRILRC85H28D086D-202606182236-3909618 per SUAP di Medicina di MVGNNZ83E67I725Y FARMACIA SANTORO DI ANNUNZIATA MAVIGLIA [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: MEDICINA

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.	CROCETTA - MEDICINA
--	---------------------

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

in via	SAN VITALE EST
--------	----------------

n.	SN
----	----

dell'attuale ubicazione in

via	SAN VITALE EST
-----	----------------

n.	625
----	-----

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 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 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 type="checkbox"/>
--	--------------------------

mediante F24	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------

pagato in data	18-06-2026
----------------	------------

pertanto si allega la ricevuta	<input checked="" 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 type="checkbox"/>
--	--------------------------

mediante F24	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------

pagato in data	18-06-2026
----------------	------------

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)	CON LA PRESENTE PRATICA SI INTENDE TRASFERIRE LA SEDE DELLA FARMACIA DA VIA SAN VITALE EST SN (ALL'INTERNO DI UN CONTAINER) A VIA SAN VITALE EST 625.
---------------	---

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 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". - LAYFarmaciaSantoro.pdf (OK documento allegato).
Procedure/istruzioni operative prevenzione e controllo infezioni - PROCEDURE.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 - descrizione servizi sanitari.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 - documentiidentita.pdf (OK documento allegato).
Ricevuta pagamento imposta di bollo - MAVIGLIABOLLI.pdf (OK documento allegato).
Procura Speciale - PROCURA.pdf.p7m (OK documento allegato).

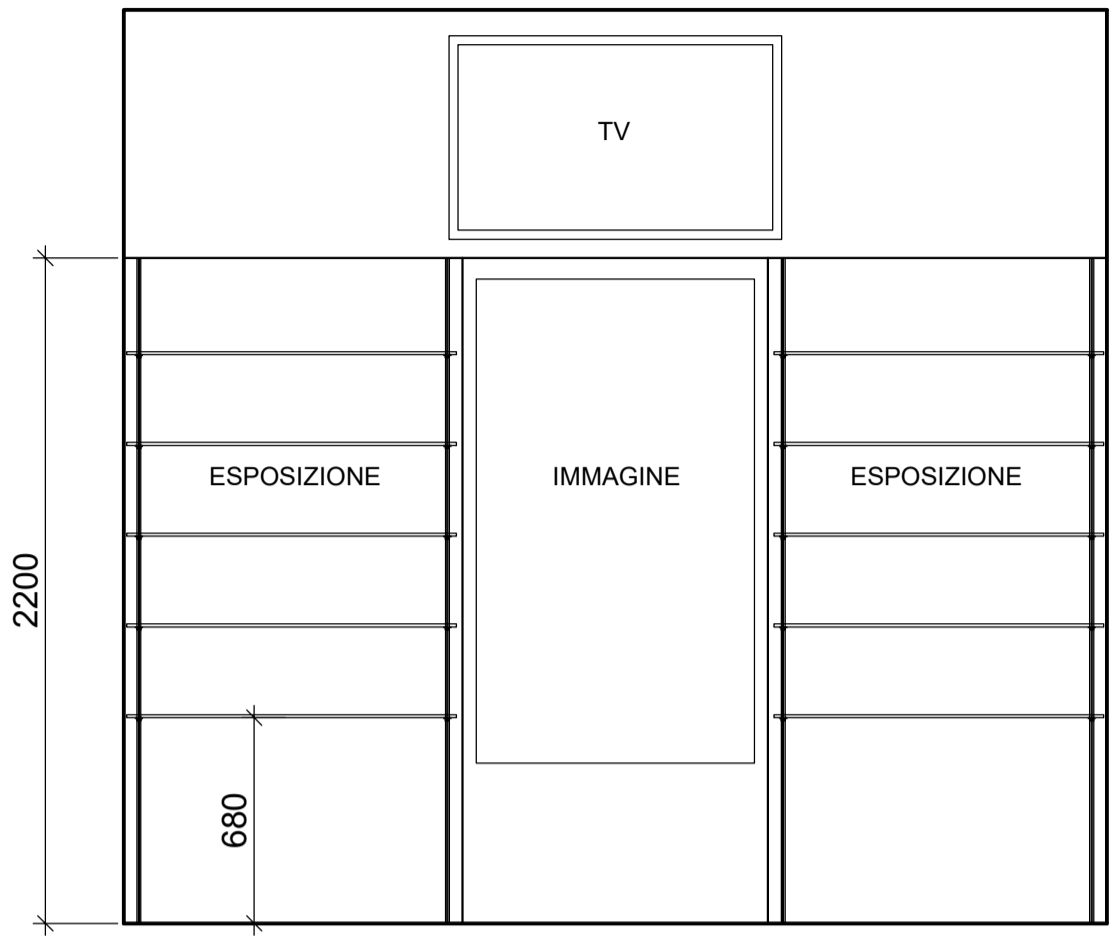
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016)

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:

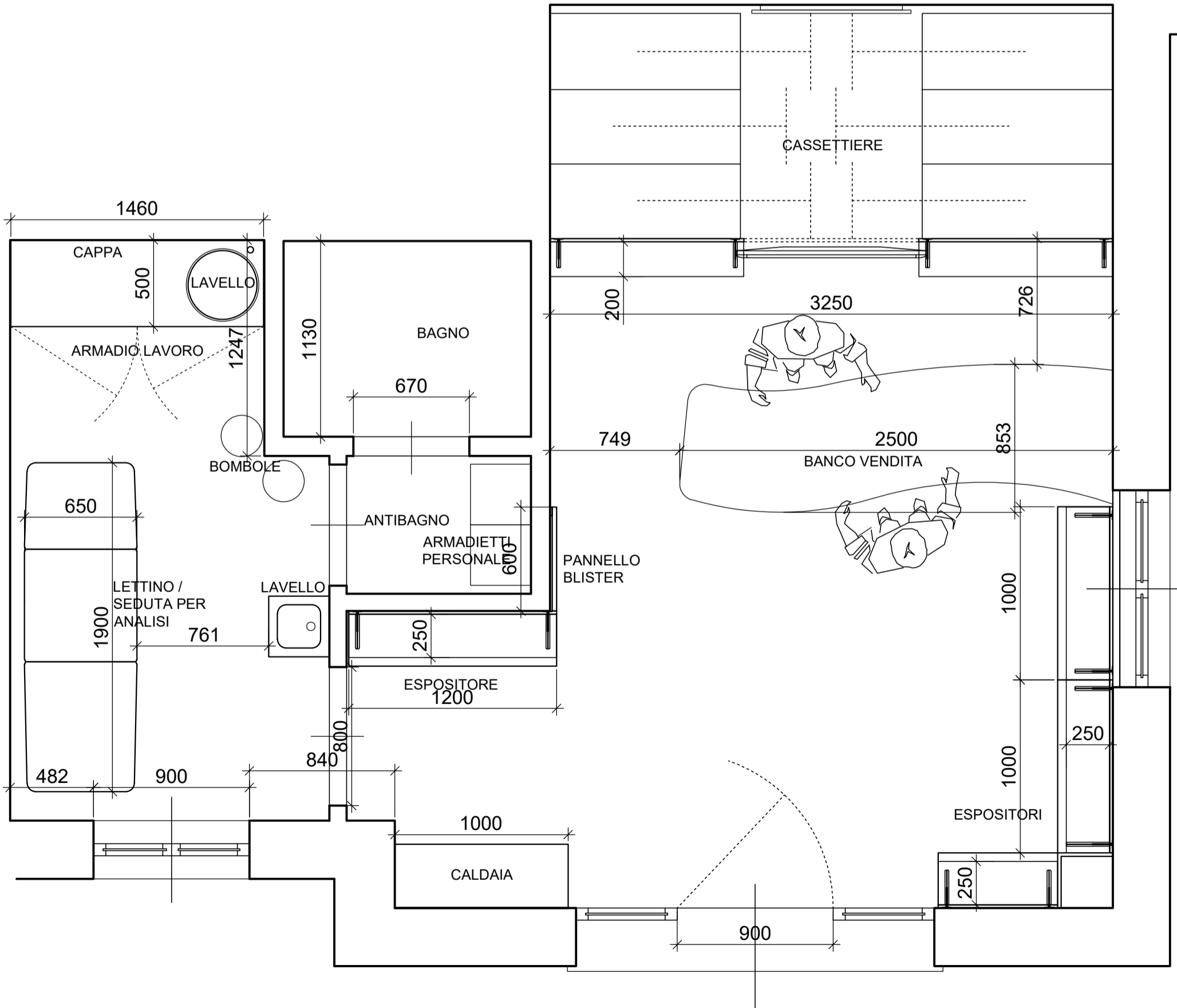
<https://auwordpress.lepida.it/informativa-privacy/>

Data presentazione: 19-06-2026 00:17

CLIENTE: FARMACIA SANTORO		
OGGETTO: FARMACIA BOLOGNA		
DATA: 06 02 2026	SCALA: 1:25	TAVOLA: 1
PROGETTISTA: SB	COD.PROGETTO: 260130 REV. 1	
FIRMA:	ARCHIVIO: NF 260130 RE	
<small>LA FARMA DESIGNER SI RISERVA L'ESCLUSIVO DIRITTO DI PROPRIETÀ E DI UTILIZZO DEL PRESENTE DISEGNO AI SENSI DI LEGGE. QUESTO NON PUÒ ESSERE CEDUTO A TERZI, A DITTE CONCORRENTI O RIPRODOTTO SENZA LA NOSTRA ESPLICITA AUTORIZZAZIONE.</small>		



PROSPETTO PARETE RETRO BANCO VENDITA



Farmacia Santoro di Maviglia Annunziata

C.F. MVGNNZ83E671725Y – P.I.: 03334250804

Descrizione del locale destinato ai servizi sanitari

La farmacia è composta da un locale principale destinato alla dispensazione dei medicinali e dei prodotti di farmacia, direttamente accessibile al pubblico. Sul lato sinistro dell'ingresso è presente un locale separato, destinato allo svolgimento dei servizi della farmacia e delle preparazioni galeniche. Il locale è dotato di:

- angolo/laboratorio galenico, utilizzato per le preparazioni galeniche esclusivamente al di fuori dell'orario di apertura al pubblico;
- frigorifero sanitario;
- lavello con acqua corrente;
- lettino/poltrona destinato all'esecuzione dei servizi di autoanalisi e telemedicina.

Nel medesimo locale vengono erogati i servizi di **autoanalisi** e **telemedicina**, nel rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla normativa vigente.

Farmacia Santoro di Maviglia Annunziata

C.F. MVGNZ83E671725Y – P.I.: 03334250804

PROCEDURE OPERATIVE, ISTRUZIONI ORGANIZZATIVE E MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI ai sensi della normativa vigente relativa ai servizi della farmacia

INDICE

1. Premessa
2. Descrizione dei locali
3. Attività sanitarie svolte
4. Requisiti organizzativi
5. Procedure operative
6. Misure di prevenzione e controllo delle infezioni
7. Pulizia e sanificazione
8. Gestione dei dispositivi e delle apparecchiature
9. Gestione dei rifiuti sanitari
10. Gestione delle emergenze
11. Formazione del personale
12. Dichiarazione finale

1. PREMESSA

Il presente documento descrive le modalità organizzative adottate dalla farmacia per l'erogazione dei servizi sanitari diversi dalla dispensazione dei medicinali, con particolare riferimento alle attività di autoanalisi e telemedicina, nonché le procedure di prevenzione e controllo delle infezioni previste dalla normativa vigente. Le procedure sono finalizzate a garantire la sicurezza degli utenti, degli operatori e la corretta gestione delle attività sanitarie svolte all'interno della farmacia.

2. DESCRIZIONE DEI LOCALI

La farmacia è composta da:

- locale principale destinato alla dispensazione dei medicinali e dei prodotti farmaceutici, direttamente accessibile al pubblico;
- locale separato posto sul lato sinistro dell'ingresso, destinato ai servizi sanitari e alle preparazioni galeniche.

Tale locale è dotato di:

- banco destinato alle preparazioni galeniche, utilizzato esclusivamente al di fuori dell'orario di apertura al pubblico;

Farmacia Santoro di Maviglia Annunziata

C.F. MVGNNZ83E671725Y – P.I.: 03334250804

- frigorifero sanitario;
- lavello con acqua corrente;
- lettino/poltrona per l'esecuzione delle prestazioni;
- spazio destinato ai servizi di autoanalisi e telemedicina.

L'accesso al locale è consentito esclusivamente agli operatori autorizzati e agli utenti durante l'esecuzione delle prestazioni.

3. ATTIVITÀ SANITARIE SVOLTE

La farmacia, oltre alla dispensazione dei medicinali, eroga i seguenti servizi:

- **autoanalisi;**
- **servizi di telemedicina.**

Le prestazioni sono effettuate nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente e secondo le istruzioni operative interne.

4. REQUISITI ORGANIZZATIVI

La farmacia garantisce:

- disponibilità di locali idonei;
 - adeguata separazione tra area vendita e area sanitaria;
 - presenza di attrezzature conformi;
 - manutenzione periodica delle apparecchiature;
 - rispetto delle norme igienico-sanitarie;
 - tutela della riservatezza dell'utente;
 - conservazione della documentazione secondo la normativa vigente.
-

5. PROCEDURE OPERATIVE

Accoglienza dell'utente

L'utente viene accolto dal personale incaricato. Prima dell'esecuzione della prestazione viene verificata la tipologia del servizio richiesto. Qualora necessario vengono fornite le informazioni relative alla prestazione.

Preparazione della postazione.

Prima di ogni prestazione:

Farmacia Santoro di Maviglia Annunziata

C.F. MVGNNZ83E671725Y – P.I.: 03334250804

- viene verificata la pulizia della postazione;
 - vengono predisposti i materiali monouso;
 - viene verificata l'efficienza delle apparecchiature;
 - vengono predisposti i dispositivi di protezione individuale.
-

Erogazione della prestazione

Le prestazioni vengono effettuate secondo le istruzioni del produttore delle apparecchiature e nel rispetto delle procedure regionali. Durante l'attività l'operatore utilizza esclusivamente materiale idoneo e, ove previsto, monouso.

Fine della prestazione

Al termine:

- vengono eliminati i materiali monouso;
 - vengono sanificate le superfici;
 - vengono disinfettate le apparecchiature;
 - viene riordinata la postazione.
-

6. PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI

Per limitare il rischio biologico la farmacia adotta le seguenti misure.

Igiene delle mani

L'operatore:

- effettua l'igiene delle mani prima e dopo ogni prestazione;
 - utilizza acqua e sapone oppure soluzione idroalcolica.
-

Dispositivi di protezione individuale

Quando necessario vengono utilizzati:

- guanti monouso;
- mascherina chirurgica o FFP2;
- ulteriori DPI in relazione alla prestazione.

I dispositivi monouso vengono sostituiti dopo ogni utente.

Farmacia Santoro di Maviglia Annunziata

C.F. MVGNZ83E67I725Y – P.I.: 03334250804

Sicurezza dell'utente

Ogni prestazione viene eseguita utilizzando esclusivamente materiale pulito e idoneo. Le superfici vengono sanificate tra un utente e il successivo.

7. PULIZIA E SANIFICAZIONE

Pulizia ordinaria

Giornalmente vengono puliti:

- pavimenti;
 - superfici;
 - arredi;
 - maniglie;
 - lavello.
-

Sanificazione della postazione

Dopo ogni utente vengono disinfettati:

- lettino/poltrona;
- piano di lavoro;
- apparecchiature;
- superfici di contatto.

I prodotti impiegati sono conformi alla normativa vigente.

8. GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE

Le apparecchiature destinate ai servizi di telemedicina e autoanalisi:

- vengono utilizzate esclusivamente da personale formato;
 - sono mantenute secondo le indicazioni del costruttore;
 - vengono sottoposte ai controlli previsti;
 - sono pulite e disinfettate dopo ogni utilizzo.
-

Frigorifero sanitario

Farmacia Santoro di Maviglia Annunziata

C.F. MVGNNZ83E671725Y – P.I.: 03334250804

Il frigorifero sanitario è utilizzato per la conservazione dei materiali secondo le indicazioni del produttore.

La temperatura viene verificata periodicamente e mantenuta entro i limiti previsti.

9. GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI

I rifiuti prodotti durante le attività sanitarie vengono gestiti nel rispetto della normativa vigente. Eventuali materiali taglienti o pungenti sono raccolti negli appositi contenitori rigidi. I rifiuti sanitari vengono conferiti mediante ditta autorizzata, ove previsto.

10. GESTIONE DELLE EMERGENZE

In caso di:

- malfunzionamento delle apparecchiature;
- contaminazione accidentale;
- incidente biologico;
- indisposizione dell'utente;

l'operatore interrompe immediatamente la prestazione, mette in sicurezza il locale e attiva le procedure previste.

Se necessario viene richiesto l'intervento del Servizio di Emergenza Sanitaria.

11. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il personale addetto ai servizi sanitari:

- riceve adeguata formazione;
 - conosce le presenti procedure;
 - è formato sull'utilizzo delle apparecchiature;
 - applica le norme di prevenzione del rischio biologico;
 - partecipa agli eventuali aggiornamenti previsti.
-

12. DICHIARAZIONE FINALE

Il sottoscritto, in qualità di titolare della farmacia,

DICHIARA

- che le attività sanitarie svolte sono esclusivamente quelle indicate nel presente documento;
- che i locali risultano conformi ai requisiti strutturali previsti dalla normativa vigente;

Farmacia Santoro di Maviglia Annunziata

C.F. MVGNZ83E671725Y – P.I.: 03334250804

- che sono adottate le procedure organizzative e le misure di prevenzione e controllo delle infezioni sopra descritte;
- che le attrezzature utilizzate sono conformi alle disposizioni vigenti;
- che il personale incaricato è adeguatamente formato allo svolgimento delle attività sanitarie autorizzate.

Luogo e data

Medicina, 19/06/2026

Firma

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luigi Maviglia", is written over a horizontal line.

PROCURA SPECIALE

ai sensi co.3 bis art.38 DPR.445/2000

<i>Codice univoco di identificazione della pratica:</i>	FRILRC85H28D086D-202606182236-3909618
CCIAA	

Io sottoscritto	ANNUNZIATA MAVIGLIA
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/società	FARMACIA SANTORO DI ANNUNZIATA MAVIGLIA
Codice fiscale	MVGNNZ83E671725Y

con la presente scrittura, a valere ad ogni fine di legge, conferisco a:

associazione (specificare):	
studio Professionale	
altro (es.: privato cittadino, da specificare):	

con sede (solo per forme associate)

Comune		Prov.	
---------------	--	--------------	--

nella persona di:

nome	ULDERICO	cognome	FIORE
Codice fiscale	FRILRC85H28D086D		
Tel./ cell	0516415079		
e.mail/ PEC	ULDERICO.FIORE@PEC.IT		

procura speciale

1. per la sottoscrizione con firma digitale, compilazione e presentazione telematica della pratica, al SUAP territorialmente competente e/o al SUE territorialmente competente e/o alla CCIAA;
 2. per tutti gli atti e le comunicazioni, inerenti all'inoltro on-line della medesima pratica;
 3. per l'elezione del domicilio speciale elettronico di tutti gli atti e le comunicazioni inerenti la pratica e/o il procedimento amministrativo, presso l'indirizzo di posta elettronica del procuratore, che provvede alla trasmissione telematica (la ricezione di atti e provvedimenti anche limitativi della sfera giuridica del delegante);
4. altro (*specificare, ad es.:ogni adempimento successivo previsto dal procedimento*):
-

Sarà mia cura comunicare tempestivamente l'eventuale revoca della procura speciale a: Sportello Unico per le attività produttive territorialmente competente / Sportello Unico Edilizia territorialmente competente / CCIA.

Prendo atto dell'informativa* di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Privacy) in calce alla presente.

Dichiaro inoltre

ai sensi e per gli effetti dell'articolo 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci o, nel caso di SCIA, consapevole dell'applicazione delle sanzioni penali di cui all'art. 19, comma 6, della legge 241/1990, che:

i requisiti dichiarati nella modulistica corrispondono a quelli effettivamente posseduti e richiesti per i soggetti indicati ed i locali dell'attività, dalla normativa vigente,

la corrispondenza della modulistica e delle copie dei documenti (non notarili) allegati alla precitata pratica, ai documenti conservati agli atti dell'impresa e del procuratore,

di sottoscrivere gli elaborati grafici cartacei, i cui file saranno firmati digitalmente e successivamente inviati dal procuratore.

Dichiarazione da compilare unicamente per la CCIAA:

Cariche sociali

- *rilevante nell'ipotesi di domanda di iscrizione della nomina alle cariche sociali-*
Dichiara/no che non sussistono cause di ineleggibilità ai fini dell'iscrizione delle cariche assunte in organi di amministrazione (art. 2383 c.c.) e di controllo (art. 2400 c.c.) della società.

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

Luogo: *MEDICINA* Data: *18/06/2026*

In fede
(il delegante)
(N.B. La firma si intende per la sottoscrizione dell'intero modulo di procura)

Firma



IL PROCURATORE (incaricato)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa dal Procuratore ai sensi del DPR 447/2000, art.47 per presa visione ed accettazione dell'incarico conferito.

Il procuratore, che sottoscrive con firma digitale la copia informatica (immagine scansionata) del presente documento, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

di agire in qualità di procuratore speciale in rappresentanza del soggetto che ha posto la propria firma autografa sulla procura stessa;

che i dati trasmessi in via telematica sono stati resi in modo fedele alle dichiarazioni del soggetto rappresentato;

che la copia informatica di eventuali documenti non notarili contenenti dichiarazioni presenti nella modulistica destinata al SUAP/SUE/CCIA, allegati alla pratica inviata, corrispondono ai documenti acquisiti, che sono stati prodotti dal delegante;

che la conservazione in originale dei documenti avviene presso la sede del procuratore qualora non siano custoditi presso il soggetto delegante;

che gli elaborati grafici cartacei già firmati da tutti i soggetti (proprietari e tecnici), che a causa del grande formato non sono scansionabili integralmente, sono conformi ai file firmati digitalmente.

I medesimi file, firmati digitalmente, sono inviati con:

- la copia informatica dell'intestazione/cartiglio cartaceo (di formato A4) contenente le firme dei soggetti sottoscrittori,
- la copia informatica del documento d'identità dei sottoscrittori.

Firmato in digitale dal procuratore

Nota_1: informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Privacy)

I dati riferiti a persone ed imprese sopra riportati, sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini della pratica e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Nota_2: Modalità

Il presente modello, se non firmato digitalmente dal delegante, deve essere compilato e sottoscritto con firma autografa dal delegante.

Successivamente a cura del delegato/incaricato/procuratore, deve essere scansionato e trasformato in copia informatica di formato: pdf, firmato digitalmente dal delegato ed allegato alla pratica.

Al presente modello deve essere sempre allegata la copia informatica di un documento di identità valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa.

La copia informatica del documento è costituita dal documento scansionato.

**POSTA CERTIFICATA: Nuova pratica da Accesso Unitario:
FRILRC85H28D086D-202606182236-3909618. Interventi: [Domanda di
autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - TRASFERIMENTO DEI
LOCALI della farmacia all'interno della propria sede farmaceutica]. Sportello
di riferimento: SUAP Medicina (BO_1024). Richiedente: FIORE ULDERICO.
PEC richiedente: ULDERICO.FIORE@PEC.IT. Soggetto:
MVGNNZ83E67I725Y FARMACIA SANTORO DI ANNUNZIATA MAVIGLIA**

Mittente: accessounitario@legalmail.it

Destinatari: suap@pec.comune.medicina.bo.it

Inviato il: 19/06/2026 00.18.54

Posizione: PEC - suap@pec.comune.medicina.bo.it/Posta in ingresso

Nuova pratica inviata da Accesso Unitario

Codice pratica:

FRILRC85H28D086D-202606182236-3909618

Sportello destinatario:

SUAP Medicina

Codice sportello:

BO_1024

Richiedente:

FIORE ULDERICO

PEC del richiedente:

ULDERICO.FIORE@PEC.IT

Soggetto:

MVGNNZ83E67I725Y FARMACIA SANTORO DI ANNUNZIATA MAVIGLIA

Interventi:

[Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia -
TRASFERIMENTO DEI LOCALI della farmacia all'interno della propria sede
farmaceutica]

Questa email è stata generata da un sistema automatico e le risposte non
verranno lette

=== LISTA DEGLI ALLEGATI ===

FRILRC85H28D086D-202606182236-3909618.SUAP.zip ()