ALLO SPORTELLO UNICO ATTIVITÀ PRODUTTIVE
COMUNE DI _____

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ

DI VENDITA AL PUBBLICO

DI FARMACI DA BANCO O DI AUTOMEDICAZIONE

(art. 5 art. 5 D.L. 4 luglio 2006, n. 223, convertito con modificazioni dalla L. 4 agosto 2006, n. 248 integrato dalle disposizioni della delibera G.R.)

DATI DEL DICHIARANTE

Il / La sottoscritto/a _____

nato a _____ (Prov _____) Nazione _____ il _____

residente in _____ (Prov _____) Via/P.za _____ n° _____

C.F. _____ e-mail _____

(in caso di cittadino straniero):

di essere in possesso di _____ n° _____ rilasciato/a dalla Questura di _____ il _____ con validità fino al _____ per (specificare il motivo del rilascio) _____

☐ **Titolare** della ditta individuale _____

☐ **Legale rappresentante** (oppure _____) della società/_____

con sede legale in _____ Via/P.za _____ n° _____

C.F. _____**,** Partita I.V.A. (se diversa dal C.F.) _____

costituita con atto del _____ (a rogito del Notaio _____ Repertorio _____) registrato a _____ il _____ n° _____ **,** iscritta al Registro delle imprese della Camera di commercio di _____ *(se già iscritta)*

Tel. _____ fax _____ e-mail: _____ PEC: _____

TITOLARE DI ESERCIZIO COMMERCIALE DEL TIPO

☐ esercizio di vicinato

☐ media struttura di vendita

☐ grande struttura di vendita

SEGNALA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 della legge n. 241/1990

TRASFERIMENTO

dell'attività di vendita di FARMACI DA BANCO O DI AUTOMEDICAZIONE [1] E DI TUTTI I FARMACI O PRODOTTI NON SOGGETTI A PRESTAZIONE MEDICA nei locali siti nel Comune di _____ Via/P.za _____ n° _____ con superficie pari a mq. _____,

DICHIARA INOLTRE

a norma degli artt. 21, 38, 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000, recante norme in materia di documentazione amministrativa, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 d.P.R. n. 445/2000)

- che i FARMACISTI CHE PRESTERANNO ASSISTENZA PERSONALE E DIRETTA AL CLIENTE PER LA VENDITA DI TALI PRODOTTI SONO:

☐ Cognome _____ Nome _____
nato a _____ (Prov _____) Nazione _____ il _____
residente in _____ (Prov _____) Via/P.za _____ n° _____, C.F. _____ e-mail _____, in possesso del Diploma in farmacia, conseguito in data _____, presso l'Università di _____ abilitazione _____, regolarmente iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di _____

☐ Cognome _____ Nome _____
nato a _____ (Prov _____) Nazione _____ il _____
residente in _____ (Prov _____) Via/P.za _____ n° _____, C.F. _____ e-mail _____, in possesso del Diploma in farmacia, conseguito in data _____, presso l'Università di _____ abilitazione _____, regolarmente iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di _____

- che il/la farmacista Dr. _____ è indicato come Referente per le comunicazioni inerenti alla farmacovigilianza telefono _____ fax _____ e-mail _____.
- di IMPEGNARSI nello svolgimento dell'attività:
  - a vendere i farmaci da banco o di automedicazione durante l'orario di apertura dell'esercizio;
  - a effettuare la vendita di tali prodotti in apposito reparto e alla presenza e con assistenza diretta al cliente di uno o più farmacisti abilitati all'esercizio della professione ed iscritti al relativo Ordine e secondo quanto espressamente previsto dall'art. 5 del D.L. n. 223/06, come modificato dalla legge di conversione n. 248/2006 e delle disposizioni normative vigenti in materia di farmaci;
  - a non effettuare concorsi, operazioni a premio e vendite sottocosto aventi ad oggetto farmaci;
  - a esporre in modo leggibile e chiaro lo sconto praticato sul prezzo indicato dal produttore o distributore sulla confezione del farmaco;
  - a rispettare le condizioni contenute nella D.G.R. _____.

[2] di cui all'art. 9-*bis* del D.L. 18 settembre 2001, n. 347 convertito con modificazioni dalla L. 16 novembre 2001, n. 405

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

☐ designazione del responsabile della comunicazione informatica;

☐ modalità adottate per identificare l'apposito reparto e planimetria dell'esercizio commerciale;

☐ modalità adottate per la corretta conservazione dei medicinali;

☐ permesso o carta di soggiorno rilasciato dalla Questura (se il titolare, legale rappresentante o socio con poteri di rappresentanza sia cittadino extracomunitario)

☐ attestazione di pagamento dei diritti d'istruttoria;

☐ Altro _____

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 d.lgs.196/2003 "Codice sulla protezione dei dati personali", dichiara di essere stato preventivamente informato che i dati personali raccolti saranno trattati sia manualmente che con strumenti informatici, esclusivamente e limitatamente all'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente richiesta

_____ , _____

IL/LA DICHIARANTE

_____

ALLEGATO 1

COMUNICAZIONE DEL SOGGETTO FISICO DESIGNATO ALL'INSERIMENTO ED ALL'AGGIORNAMENTO DEI DATI ANAGRAFICI

Ai sensi del decreto 15 luglio 2004 (g. u. n. 2 del 4 gennnaio 2005)
"Progetto tracciabilita' del farmaco

Il / La sottoscritto/a _____

nato a _____ (Prov _____) Nazione _____ il _____

residente in _____ (Prov _____) Via/P.za _____

n° _____**,** C.F. _____ e-mail _____ è designato quale responsabile della comunicazione informatica attraverso il sito internet del Ministero della salute per quanto attiene all'inserimento dei dati anagrafici e delle successive modifiche ed integrazioni relative agli esercizi commerciali di cui sopra citata azienda è titolare ed attraverso i quali viene svolta attività di distribuzione di farmaci ai sensi dell'art. 5 del Decreto-Legge 223/06.

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 d.lgs.196/2003 "Codice sulla protezione dei dati personali", dichiara di essere stato preventivamente informato che i dati personali raccolti saranno trattati sia manualmente che con strumenti informatici, esclusivamente e limitatamente all'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente richiesta

_____ , _____

IL/LA DICHIARANTE

_____

DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 85 D.LGS. 159/2011
(solo per le società quando è compilato il quadro di autocertificazione)

Cognome_____ Nome_____

C.F.⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋

Data di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso: M⌊ ⌋ F⌊ ⌋

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc._____ N._____ C.A.P._____

DICHIARA:

☐ per i cittadini extracomunitari, gli estremi del permesso/carta di soggiorno rilasciato per _____ in data _____ n. _____ da _____ con validità fino al _____

1. che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159 (antimafia).

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445.

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 d.lgs.196/2003 "Codice sulla protezione dei dati personali", dichiara di essere stato preventivamente informato che i dati personali raccolti saranno trattati sia manualmente che con strumenti informatici, esclusivamente e limitatamente all'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente richiesta

FIRMA

DATA _____ _____