

**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*

**L'INIZIO**

dell'attività di vendita di FARMACI DA BANCO O DI AUTOMEDICAZIONE <sup>1</sup> 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 farmacovigilanza 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. \_\_\_\_\_.

<sup>2</sup> 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**

\_\_\_\_\_

**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 gennaio 2005)  
"Progetto tracciabilità 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***

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_