

INIZIO ATTIVITA'

ATS
.....

Comune
(indicare il Comune in cui ha sede
l'esercizio commerciale)

Oggetto: Comunicazione in merito alla "Vendita dei farmaci da banco o prodotti non soggetti a prescrizione medica e/o dei farmaci di automedicazione e/o di farmaci veterinari negli esercizi commerciali". Inizio attività.

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a a il residente a.....(PR).....

C.F.....

Titolare dell'esercizio commerciale denominato.....

Con sede ain via.....

Iscrizione alla Camera di Commercio di al n.....

n. REAP. IVA

Comunicazione inizio attività commerciale (SCIA) presso il SUAP

del Comune diin data

Recapiti dell'esercizio commerciale:

Tel.Fax.

Indirizzo e-mail

Indirizzo PEC

COMUNICA

che intende effettuare nel sopra descritto esercizio commerciale la vendita al dettaglio di (barrare la/le voce/i di interesse):

- medicinali non soggetti a prescrizione medica (s.o.p.) appartenenti alla classe di cui all'art.8, comma 10, lettera c) della L. 24.12.1993 n.537 e s.m.i.
- medicinali di automedicazione (o.t.c.),
- medicinali veterinari,

su una superficie di vendita di mq.....

Intende, inoltre, allestire (barrare la voce di interesse ovvero annullare il paragrafo):

- preparati officinali sterili che non prevedono presentazione di ricetta medica,

- ❑ preparati officinali non sterili su scala ridotta che non prevedono presentazione di ricetta medica.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di falsità contenute in dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà,

DICHIARA

- che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avverrà:
 - in locali in possesso dei requisiti previsti dai DM Salute 09/03/2012, 08/11/2012 e 19/10/2012 e nel rispetto della DGR n. 3271 del 04.10.2006 (“Indicazioni in materia di vendita dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica negli esercizi commerciali”);
 - alla presenza e con l’assistenza personale e diretta al cliente di uno o più farmacisti iscritti all’ Ordine professionale e secondo quanto espressamente previsto dall’ art. 5 del D.L. n. 223/2006 come modificato dalla legge di conversione n. 248/2006 e delle disposizioni normative vigenti in materia di farmaci;

- che il/la farmacista responsabile è:

il Dr./Dott.ssa
nato/a il..... C.F.....
iscritto/a all’ordine dei farmacisti di..... al n.

- che gli altri farmacisti addetti sono: (indicare nome/cognome/Ordine di appartenenza e n. iscrizione)

.....
.....
.....
.....

Dichiara inoltre di aver provveduto in data alla registrazione dell'esercizio commerciale nella banca dati centrale del sistema informativo sanitario (NSIS – Tracciabilità del farmaco) del Ministero della Salute e di comunicare all’ATS il codice di tracciabilità rilasciato dal Ministero della Salute entro cinque giorni dall’assegnazione

..... li

(timbro e firma)

.....

Allegati:

- ✓ **copia della Carta d’Identità del dichiarante.**

SOLO PER ATS:

- ✓ **planimetria dell’esercizio commerciale con indicati i RAI e le destinazione d’uso dei singoli locali, datata e firmata da tecnico abilitato (in caso di corner all'interno di esercizi commerciali visualizzare il reparto nella planimetria generale),**
- ✓ **certificazioni (agibilità, conformità degli impianti) sottoscritte dal professionista abilitato.**