

- Al Ministero della Salute
- Alla Regione Emilia – Romagna
- Alla Agenzia Italiana del Farmaco
- Allo Sportello Unico per le Attività Produttive dell'Unione di Comuni della Romagna forlivese
- All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Forlì-Cesena
- Alla AUSL di Forlì – Servizio Farmaceutico

Presentata all'Ufficio di in data/...../.....
 (Comune dell'Unione)

Oggetto: comunicazione ai sensi dell'art. 5 del DL 223/2006 di inizio attività di vendita in un apposito reparto di farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'art. 9-bis del DL 347/2001, convertito con modificazioni, dalla L 405/2001, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica

Il/la sottoscritto/a

Cognome nome

CF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

data di nascita/...../..... Cittadinanza sesso M F

luogo di nascita: Stato..... Provincia Comune

residenza: Comune CAP.....

in (Via, Piazza, ecc.) n Tel...../.....

in qualità di: (barrare il quadratino corrispondente)

titolare dell'omonima impresa individuale.....
 (denominazione)

..... P. IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

con sede nel Comune di CAP..... Provincia

in (Via, Piazza, ecc.) n Tel./.....

n. di iscrizione al Registro Imprese CCIAA di.....

legale rappresentante della.....
 (ragione sociale, denominazione associazione)

.....

CF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P. IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(se diversa da C.F.)

con sede nel Comune di CAP..... Provincia

in (Via, Piazza, ecc.) n Tel./.....

n. di iscrizione al Registro Imprese CCIAA di

COMUNICA

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 5 del DL 223/2006 che all'interno: *(barrare il quadratino corrispondente)*

- dell'esercizio di vicinato sito in *(Via, Piazza, ecc.)* n
- della media struttura di vendita sita in *(Via, Piazza, ecc.)* n
- della grande struttura di vendita sita in *(Via, Piazza, ecc.)* n
- nel Comune di

dalla data del/...../..... inizierà in un apposito reparto a vendere farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'art. 9-bis del DL 347/2001, convertito con modificazioni, dalla L 405/2001, e tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica.

A tal fine dichiara:

- che la vendita viene effettuata con la presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di un farmacista abilitato all'esercizio della professione e iscritto al relativo ordine;
- che il farmacista abilitato e iscritto *(dichiarare gli estremi di riferimento e fornire le generalità)* è il Sig.

.....
.....

che sottoscrive la presente per accettazione.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole:

- dei propri diritti in materia di "privacy" di cui al D.Lgs 196/2003;
- che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile del Servizio SUAP dell'UCRF;
- che i dati forniti sono necessari all'istruttoria del procedimento per ottenere quanto richiesto;
- che tali dati saranno utilizzati, anche con strumenti informatici, dell'UCRF solo per l'espletamento dell'istruttoria del presente procedimento.

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000 - art. 76. (Nel caso di firma apposta NON in presenza dell'addetto dell'ufficio dovrà essere allegata fotocopia di un documento d'identità valido del dichiarante. Nel caso di firma apposta in presenza dell'addetto dell'ufficio la persona dovrà essere identificata con estremi del documento d'identità).

Allegati: *(barrare il quadratino corrispondente)*

- copia completa di un documento di identità valido del dichiarante e del farmacista, in applicazione del DPR 445/2000 art. 38.

FIRMA

.....

Firma del farmacista

.....