



Al Responsabile SUAP

Via della Pineta 117

00040 Rocca Priora RM

SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA' PER VENDITA FARMACI DA BANCO

(D.L. 223/2006 – art. 5; D.L. 347/2001 – art. 9 bis)

AL COMUNE DI

Il/La sottoscritto/a

nato/a il

a

(Prov.)

Codice

Fiscale

Cittadinanza

Estremi del documento di soggiorno (se cittadino non U.E)

residente nel Comune di

CAP

(Prov.)

in Via/P.zza

n.

Tel.

PEC

In qualità di

Titolare della impresa individuale

ovvero

Legale rappresentante della Persona Giuridica di seguito specificata

Partita IVA

Codice Fiscale

denominazione o

ragione sociale

con sede nel

Comune di

(Prov.)

CAP

Via/P.zza

n.

Tel.

Fax

E-mail

PEC

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di

al n.

Ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle responsabilità penali ed amministrative conseguenti alle dichiarazioni false o mendaci e di formazione o uso di atti falsi di cui agli artt. 75 e 76 del precitato DPR 445/2000,

DICHIARA

Di voler procedere alla realizzazione dell'intervento specificato nei quadri seguenti

DATI DEI LOCALI O DEI TERRENI

Indirizzo Comune di

Catasto Terreni Catasto Fabbricati

Foglio/i particella/e subalterno

Denominazione dell'Esercizio

Estremi del certificato di agibilità: n. del ovvero presentato il prot. n. ;

PROPRIETA' E DISPONIBILITA' DEGLI IMMOBILI

Il proprietario dell'immobile è il richiedente;

il proprietario dell'immobile è la persona giuridica richiedente;

il proprietario dell'immobile è

Titolo di disponibilità del locale/i o del terreno/i

TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO

Avvio di un NUOVA ATTIVITA' IMPRENDITORIALE

Subingresso in attività già esistente per:

Atto tra vivi Mortis causa Risoluzione contrattuale Naturale scadenza

Altro

Variazioni in attività esistente per

Trasferimento sede Ampliamento Riconversione/Estensione del ciclo produttivo

Altro

Altri Adempimenti (indicare)

Cessazione - Indicare data di cessazione

TIPOLOGIA DELL'ESERCIZIO

Esercizio di Vicinato Media Struttura di vendita Grande struttura di vendita

Singolo esercizio inserito in un centro commerciale (indicare denominazione)

SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI

Settore Alimentare - Specificare la superficie di vendita

Settore NON Alimentare - Specificare la superficie di vendita

Superficie destinata alla vendita di farmaci

Superficie TOTALE dell'esercizio (compresa la superficie dedicata ad altri usi)

DATI DEL SOGGETTO CHE ESERCITA O ESERCITERA' L'ATTIVITA' IMPRENDITORIALE

L'esercente è il sottoscritto;

L'esercente è diverso dal sottoscritto:

Nome Cognome
nato/a il a (Prov.)
 Codice Fiscale Cittadinanza
 Estremi del documento di soggiorno (se cittadino non U.E)
 residente nel Comune di CAP
 (Prov.) in Via/P.zza n.
 Tel. PEC

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto le cui generalità sono riportate nella pagina 1 del presente modulo, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni false ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, della decadenza dei benefici sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del DPR 445/2000 con la presente dichiara:

che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avviene alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di un farmacista/più farmacisti abilitato/i all'esercizio della professione ed iscritto/i al relativo Ordine e secondo quanto espressamente previsto dall'art. 5 del D.L. 04/07/2006 n. 223 come modificato dalla L. di conversione 04/05/2006 n. 248, e dalle disposizioni normative in materia di farmaci;

PERSONALE IMPIEGATO ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA

FARMACISTI n.

ADDETTI ALLA VENDITA DI PRODOTTI PARAFARMACEUTICI n.

FARMACISTA RESPONSABILE DELLA CONSERVZIONE DEI FARMACI, DELLA FARMACOVIGILANZA E DELLA RAPIDA ALLERTA PER EVENTUALI RITIRI, SEQUESTRI, REVOCHE DEI FARMACI E' IL/LA DOTT./SSA

CODICE FISCALE

FIRMA DEL FARMACISTA PER CONFERMA DEI DATI RIPORTATI E ACCETTAZIONE DELL'INCARICO:

_____;

FARMACISTA DESIGNATO ALL'INSERIMENTO ED ALL'AGGIORNAMENTO DEI DATI ANAGRAFICI AI SENSI DEL D.L. 15/07/2004 (progetto tracciabilità del farmaco), Responsabile della Comunicazione informatica al Ministero della Salute

CODICE FISCALE

FIRMA DEL FARMACISTA PER CONFERMA DEI DATI RIPORTATI E ACCETTAZIONE DELL'INCARICO:

DICHIARA INOLTRE

di essere in possesso dei requisiti soggettivi e oggettivi stabiliti dalle norme vigenti per lo svolgimento delle attività sopra descritta;

di essere informato, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003:

- Di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo;
- Che gli stessi saranno trattati dagli Enti coinvolti per le sole finalità istituzionali inerenti l'avvio dell'attività.

Firma del richiedente

Allegati:

- Copia fotostatica del Documento identità in corso di validità;
- Autocertificazione del possesso dei requisiti antimafia in carta semplice;
- Planimetria in scala 1:100 del locale/terreno evidenziando la superficie destinata alla vendita dei farmaci da banco;
- Relazione tecnica indicante le modalità adottate per identificare l'apposito reparto (farmaci da banco) e per la corretta conservazione dei medicinali;
- Dichiarazione di conformità alle norme in materia di prevenzione incendi ovvero Autocertificazione che trattasi di attività non rientrante tra quelle soggette ai controlli di prevenzione incendi;
- Dichiarazione in materia di impatto acustico ovvero Autocertificazione che trattasi di attività non rientrante in tale tipologia perché non sono svolte lavorazioni o utilizzati macchinari o impianti rumorosi;
- Atto di disponibilità dei locali;
- Requisito Professionale.