

**Modello di “Comunicazione di Inizio Attività”
per la vendita dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o
prodotti non soggetti a prescrizione medica negli esercizi commerciali
(ai sensi della D.G.R. n. 1846 del 30 ottobre 2006)**

Al Ministero della Salute
Direz. Gen. dei Farmaci e dei Dispositivi
Medici
Lungo Tevere Ripa, 1
00153 – ROMA

All’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
Via della Sierra Nevada, n. 60
00144 – ROMA

Alla Regione Lazio
Direzione Regionale Sanità e Servizi
Sociali
Servizio Accreditamento e Valutazione di
Qualità
Via R.R. Garibaldi n° 7
00100 ROMA

All’Azienda Sanitaria USL n.
(indicare la USL di competenza territoriale)

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

Oggetto: *Comunicazione di Inizio Attività per la vendita dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica negli esercizi commerciali, di cui alla D.G.R. n.1846 del 30 ottobre 2006.*

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
C.F. _____
Titolare dell’esercizio commerciale denominato: _____

Tipologia dell’esercizio commerciale:

A	Esercizio di vicinato
B	Media struttura di vendita
C	Grande struttura di vendita

Con sede in Via _____ Città _____
Provincia _____; in possesso dell’autorizzazione Comunale n. _____
Iscrizione alla Camera di Commercio n. _____ P.IVA _____
tel _____ fax dedicato (del reparto dell’esercizio commerciale) : _____
Indirizzo posta elettronica: _____

COMUNICA

Che l'esercizio commerciale denominato _____ con sede a _____ sito in Via _____ intende effettuare la vendita al dettaglio dei farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'art 9-bis del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n.405, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica, su una superficie di vendita di mq. _____, a far data dal _____.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avviene nella tipologia di esercizio in possesso dei requisiti previsti dal "Disciplinare per la vendita dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica negli esercizi commerciali" approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. del
 - 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 legge di conversione 04/08/2006 n. 248, e dalle disposizioni normative vigenti in materia di farmaci;
 - che il/i farmacista/i dell'esercizio commerciale e/o del reparto è/sono:
 - Il Dott./Dott.ssa _____, nato/a a _____ il _____ residente a _____ C.F. _____ è in possesso del Diploma di Laurea in Farmacia, conseguita in data _____ presso l'Università degli Studi di _____ e dell'abilitazione professionale conseguita il _____ presso l'Università degli Studi di _____ regolarmente iscritto/a all'Albo professionale dei farmacisti della provincia di _____ dal _____ con il numero _____
 - Il/ la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____ residente a _____ C.F. _____
- _____, lì _____

(Timbro e firma) _____

Allegare:

1. Planimetria dell'esercizio commerciale, nella quale risulti visualizzato il reparto;
2. Orario di lavoro di ciascun farmacista e gli eventuali cambiamenti di turni e/o orari;
3. Dichiarazione di accettazione dell'incarico da parte del/i farmacista/i se dipendenti;
4. Nominativo del farmacista responsabile della conservazione dei farmaci, della farmacovigilanza e della rapida allerta per eventuali ritiri, sequestri, revoche dei farmaci;
5. Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (in corso di validità) del sottoscrittore.