ALLEGATO A

AL MINISTERO DELLA SALUTE
Dir. Gen. dei Farmaci e dei Dispositivi Medici
Lungotevere Ripa n. 1
00153 ROMA

All'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA)
Via della Sierra Nevada, n. 60
00144 ROMA

REGIONE PUGLIA
Assessorato alle Politiche della Salute
Settore Assistenza Territoriale Prevenzione
Ufficio Assistenza Farmaceutica n. 3
Via Caduti di tutte le guerre, 15
70100 BARI

Alla ASL LE/2
73024 MAGLIE

Al COMUNE DI CASARANO
73042 CASARANO

All'ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI LECCE
73100 LECCE

Racc.ta A.R.

Oggetto: Comunicazione di inizio attività di vendita al pubblico di farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica negli esercizi commerciali, ai sensi dell'art. 5, D.L. 223/2006, così come modificato dalla legge 248/06, e comunicazione del soggetto fisico designato all'inserimento ed all'aggiornamento dei dati anagrafici. Giusta D.G.R. n. 1127 del 11/07/2007.

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadinanza _____ sesso: |__| M. |__| F.

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ cell. _____ Fax _____

E-mail _____@_____ [ ] posta elettronica certificata

in qualità di :

|__| **Titolare dell'omonima impresa individuale**

PARTITA IVA (se già iscritto) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__| **Legale rappresentante della ditta/società:**

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PARTITA IVA (se diversa dal codice fiscale) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia di _____

via/piazza _____ n. _____ CAP _____

titolare dell'esercizio commerciale denominato _____

Autorizzazione Comunale n. _____

Iscrizione CCIAA di _____ n. _____

Tel. _____ Fax _____ *(dell'esercizio commerciale)*

Indirizzo e-mail _____@_____

COMPILARE IN STAMPATELLO

COMUNICA

che intende effettuare la vendita al pubblico dei farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'art. 9bis del D.L. 18/09/2001, n. 347, convertito, con modificazione, dalla legge 16/11/2001, n. 405, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica, presso il seguente esercizio commerciale:

Denominazione dell'esercizio _____

Indirizzo _____

Data inizio attività |__|__| |__|__| |__|__|__|__| - numero farmacisti impiegati: |__|__|

Tipologia dell'esercizio commerciale: |__| esercizio di vicinato |__| media struttura di vendita

|__| grande struttura di vendita |__| altro *(specificare)* _____

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

DICHIARA

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

- Che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avviene in un unico apposito reparto, in possesso dei requisiti previsti dalla Regione Puglia;
- Alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente dei farmacisti abilitati all'esercizio della professione ed iscritti al relativo Ordine professionale;
- Che il/i farmacista/i addetto/i al citato reparto è/sono:

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadinanza _____ sesso: |__| M. |__| F. Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

regolarmente iscritto all'albo dei farmacisti di _____ al n. _____

dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadinanza _____ sesso: |__| M. |__| F. Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

regolarmente iscritto all'albo dei farmacisti di _____ al n. _____

dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

(Se i farmacisti sono in numero superiore, indicare per tutti i dati innanzi riportati)

Si allegano:

- Planimetria del'esercizio commerciale nella quale risulti visualizzato il reparto destinato ai farmaci;
- Indicazione del soggetto designato all'inserimento ed all'aggiornamento dei dati anagrafici ai sensi del Decreto 15/07/2004 "Progetto Tracciabilità del Farmaco";
- Copia della carta d'identità del dichiarante.

(Timbro e Firma) _____

(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento del sottoscrittore)

ALLEGATO 1 *(da allegare alla comunicazione)*

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"

DESIGNAZIONE

Il sig./sig.ra

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadinanza _____ sesso: |__| M. |__| F.

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

è designato/a 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 la sopracitata azienda è titolare ed attraverso i quali viene svolta attività di distribuzione di farmaci ai sensi dell'art. 5 del Decreto legge 223/06