**TRASFERIMENTO/MODIFICA LOCALI**

ATS …………………………………….

……………………………………………

e p.c. Ministero della Salute

Dipartimento Farmacovigilanza

Via Giorgio Ribotta, 5

0144 ROMA

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”. Trasferimento/modifica locali.**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………………………………… Nato/a a …………………………………………… il ………..... residente a …………………………………..… (PR)…….… C.F. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Titolare dell’esercizio commerciale denominato ……………………………………………………………………………. Con sede a ………………………………………………………….. in via ………………………………………………………………. Iscrizione alla Camera di Commercio di ……………………………………………………………….. al n° ……………. n° REA ……………………………………… P. IVA …………………………………………………………………………………………. Comunicazione inizio attività commerciale (SCIA) presso il SUAP del

Comune di …………………………………………………………………………………………... in data ……………………………

*Recapiti dell’esercizio commerciale:*

Tel. …………………………………………………………………..………. Fax ……………………………………………………………. Indirizzo e-mail ………………………………………………………………………………………………………………………………. Indirizzo PEC ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**COMUNICA**

che il sopra descritto esercizio commerciale la cui comunicazione di inizio attività di ”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” è stata inviata a codesta ATS in data ………………………………………………………...…....... si trasferirà in nuovi locali ubicati in Via …………………………………………………………………….… del Comune di ………………………………………………………. su una superficie di vendita di mq ………………...….

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 il locale individuato per la vendita dei farmaci e dei prodotti è in possesso dei requisiti previsti dai DM Salute 09/03/2012, 08/11/2012 e 19/10/2012 e 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”)

……………………………..……… 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.**