**CESSAZIONE ATTIVITA’**

ATS …………………………………….

…………………………………………….

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”. Cessazione attività**

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 ………………………………………………………………………………………………………………………

A decorrere dal ………………………………………………. **cesserà le seguenti attività**:

* vendita medicinali non soggetti a prescrizione medica (s.o.p.) appartenenti alla classe di cui all’art.8, comma 10, lettera c) della L. 24.12.1993 n.537 e s.m.i.
* vendita medicinali di automedicazione (o.t.c.),
* vendita medicinali veterinari,
* vendita preparati officinali sterili che non prevedono presentazione di ricetta medica,
* vendita preparati officinali non sterili su scala ridotta che non prevedono presentazione di ricetta medica.

Comunica inoltre di aver provveduto a informare il Ministero della Salute per l'annullamento del codice di tracciabilità in data ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………… li …………………..……………..

(timbro e firma)

……….………………………………………………………