**INIZIO ATTIVITA’**

Al Direttore

del Servizio Farmaceutico

PEC protocollo@pec.ats-insubria.it

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”. Inizio 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 intende effettuare nel sopra descritto esercizio commerciale la vendita al dettaglio di (barrare la/le voce/i di interesse):

* 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.
* medicinali di automedicazione (o.t.c.),
* medicinali veterinari,

su una superficie di vendita di mq……………...….

Intende, inoltre, allestire (barrare la voce di interesse ovvero annullare il paragrafo):

* preparati officinali sterili che non prevedono presentazione di ricetta medica,
* preparati officinali non sterili su scala ridotta che non prevedono presentazione di ricetta medica.

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 la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avverrà:
	+ in locali in possesso dei requisiti previsti dai DM Salute 09/03/2012, 08/11/2012 e 19/10/2012 e nel rispetto 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”);
	+ alla presenza e con l’assistenza personale e diretta al cliente di uno o più farmacisti iscritti all’ Ordine professionale e secondo quanto espressamente previsto dall’ art. 5 del D.L. n. 223/2006 come modificato dalla legge di conversione n. 248/2006 e delle disposizioni normative vigenti in materia di farmaci;

· che il/la farmacista responsabile è:

il Dr./Dott.ssa …………………………………………………………………………………………………………………………………. nato/a ………………………………..….……………... il……………… C.F………………………………....……….………………… iscritto/a all’ordine dei farmacisti di………………………..……………………………..….. al n. …..……………..….

* che gli altri farmacisti addetti sono: (indicare nome/cognome/Ordine di appartenenza e n. iscrizione)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..............................…………………………………………………................…………………….......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dichiara inoltre di aver provveduto in data ............................. alla registrazione dell'esercizio

commerciale nella banca dati centrale del sistema informativo sanitario (NSIS – Tracciabilità del farmaco) del Ministero della Salute e di comunicare all’ATS il codice di tracciabilità rilasciato dal Ministero della Salute entro cinque giorni dall’assegnazione

……………………………………… 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**