

Amministrazione destinataria



Ufficio destinatario

**Comunicazione di avvio dell'attività di parafarmacia***Ai sensi dell'articolo 5 del Decreto Legge 04/07/2006, n. 223***Il sottoscritto**

|                    |        |                |                             |                |                               |       |                          |     |
|--------------------|--------|----------------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome            |        | Nome           |                             | Codice Fiscale |                               |       |                          |     |
| Data di nascita    |        | Sesso          | Luogo di nascita            |                | Cittadinanza                  |       |                          |     |
| Residenza          |        |                |                             |                |                               |       |                          |     |
| Provincia          | Comune | Indirizzo      | Civico                      | Barrato        | Scala                         | Piano | SNC                      | CAP |
|                    |        |                |                             |                |                               |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare |        | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria |                | Posta elettronica certificata |       |                          |     |

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

|                                                           |        |                             |        |                               |                   |       |                          |     |
|-----------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|--------|-------------------------------|-------------------|-------|--------------------------|-----|
| Ruolo                                                     |        |                             |        |                               |                   |       |                          |     |
| Denominazione/Ragione sociale                             |        | Tipologia                   |        |                               |                   |       |                          |     |
| Sede legale                                               |        |                             |        |                               |                   |       |                          |     |
| Provincia                                                 | Comune | Indirizzo                   | Civico | Barrato                       | Scala             | Piano | SNC                      | CAP |
|                                                           |        |                             |        |                               |                   |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Codice Fiscale                                            |        | Partita IVA                 |        |                               |                   |       |                          |     |
| Telefono                                                  |        | Posta elettronica ordinaria |        | Posta elettronica certificata |                   |       |                          |     |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio  |        |                             |        | Provincia                     | Numero Iscrizione |       |                          |     |
| Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA) |        |                             |        | Provincia                     | Numero iscrizione |       |                          |     |
| Posizione INAIL                                           |        | Codice INAIL impresa        |        |                               |                   |       |                          |     |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata****in relazione all'attività di**

Attività svolta

**con sede operativa in**

|                                        |           |           |        |            |            |           |                          |     |
|----------------------------------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|-----|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione   | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura                   |     |
|                                        |           |           |        |            |            |           | <input type="checkbox"/> |     |
| Provincia                              | Comune    | Indirizzo | Civico | Barrato    | Scala      | Piano     | SNC                      | CAP |
|                                        |           |           |        |            |            |           | <input type="checkbox"/> |     |

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
il procedimento riguarda \_\_\_\_\_ ulteriori immobili

Insegna

**in precedenza avviata tramite**

|                                                                |            |      |                     |
|----------------------------------------------------------------|------------|------|---------------------|
| Titolo autorizzativo                                           | Protocollo | Data | Ente di riferimento |
| <input type="radio"/> autorizzazione, concessione o nulla osta |            |      |                     |
| <input type="radio"/> SCIA o comunicazione                     |            |      |                     |
| <input type="radio"/> altro (specificare)                      |            |      |                     |

**COMUNICA**

che intende effettuare la vendita al dettaglio dei farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'articolo 9-bis del Decreto Legge 18/09/2001, n. 347, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- ☒ che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avviene in un unico apposito reparto, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.
- ☒ che l'attività è svolta alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di uno o più farmacisti abilitati all'esercizio della professione ed iscritti al relativo ordine e secondo quanto espressamente previsto dall'articolo 5 del Decreto Legge 18/09/2001, n. 347

**DICHIARA INOLTRE**

che i farmacisti addetti al reparto sono

☒ **farmacista**

|                    |                |                             |                               |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale              |                               |
|                    |                |                             |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
|                    |                |                             |                               |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
|                    |                |                             |                               |

Provincia ordine professionale      Numero di iscrizione

☐ **ulteriore farmacista**

|                    |                |                             |                               |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale              |                               |
|                    |                |                             |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
|                    |                |                             |                               |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
|                    |                |                             |                               |

Provincia ordine professionale      Numero di iscrizione

☐ulteriore farmacista

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Provincia ordine professionale

Numero di iscrizione

☐ulteriore farmacista

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Provincia ordine professionale

Numero di iscrizione

☐ulteriore farmacista

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Provincia ordine professionale

Numero di iscrizione

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☒ planimetria dei locali destinati ad attività produttive
- ☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
- ☐ ulteriori immobili oggetto del procedimento
- ☐ copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- ☐ copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- ☐ altri allegati (specificare)

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

il dichiarante