



**ALLEGATO A1 alla Dgr n. 1482 del 12 agosto 2013**

FAC-SIMILE DI COMUNICAZIONE APERTURA

Alla Azienda ULSS n. ....  
Servizio Farmaceutico Territoriale  
(indirizzo)

Oggetto: Comunicazione apertura esercizio commerciale di cui all'art. 5 del D.L. 223/2006, convertito con modificazioni dalla L. 248/2006 e s.m.i. denominato: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a.....  
il.....  
in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società.....  
con sede legale in (indicare l'indirizzo completo).....

CF/Partita IVA .....  
n. REA presso CCIAA .....  
Telefono..... Fax.....  
e-mail.....

COMUNICA

- che nell'ambito dell'esercizio commerciale di seguito individuato in possesso del seguente codice univoco identificativo \_\_\_\_\_ svolge le seguenti attività:
  - vendita di medicinali da banco o di automedicazione (OTC) di cui all'art. 9-bis del D.L. 347/2001 convertito con modificazioni dalla L. 405/2001
  - vendita di medicinali non soggetti a prescrizione medica appartenenti alla classe prevista dall'art. 8, comma 10 lettera c, della L. 537/1993 (SOP)
  - vendita di medicinali ad uso veterinario (ad esclusione dei medicinali richiamati all'art. 45 D.P.R. 309/1990 e s.m.i.)
  - vendita di medicinali omeopatici non soggetti a prescrizione medica
  - allestimento e vendita di preparazioni galeniche officinali che non prevedono la presentazione di ricetta medica
- che l'attività inizia in data \_\_\_\_\_.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste e punite dagli artt. 75-76 D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti

DICHIARA

1. che l'esercizio commerciale, denominato \_\_\_\_\_ con sede operativa in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ è riconducibile alla seguente fattispecie di cui alla L.R. vigente in materia di commercio:

- esercizio di vicinato
- media struttura di vendita
- grande struttura di vendita

2. *in caso di vendita di medicinali ad uso umano non soggetti a prescrizione medica*: sono rispettati i requisiti di cui al D.M. 9 marzo 2012 e s.m.i

- allegato 1 parte A (SOP E OTC)
- allegato 1 parte B (OTC)

3.  *in caso di vendita di medicinali ad uso veterinario*: sono rispettati i requisiti di cui al D.M. 19 ottobre 2012

4.  *in caso di allestimento di preparazioni galeniche officinali che non prevedono la presentazione di ricetta medica*: sono rispettati i requisiti di cui al D.M. 8 novembre 2012

5. che il locale deposito dei medicinali è:

- presente
- non presente

6. che la vendita dei farmaci sarà effettuata alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di farmacista/i abilitato/i all'esercizio della professione ed iscritto/i all'Ordine dei Farmacisti nella/e persona/e del/i seguente/i farmacista/i:

\_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;

di cui si inoltra comunicazione all'Ordine professionale di riferimento (ubicazione dell'esercizio commerciale)

7. che il "farmacista responsabile" ex art.108, comma 1-bis, D.Lgs. 219/2006 come modificato dal D.Lgs. 274/2007, è il/la dr./dr.ssa \_\_\_\_\_;

8. che il "farmacista responsabile" del Sistema di Rapida Allerta del punto vendita è il/la dr./dr.ssa \_\_\_\_\_ e che la e-mail cui l'Azienda ULSS farà pervenire le comunicazioni in caso di ritiri/sequestri/revoche di lotti di farmaci è la seguente:

\_\_\_\_\_

9. che provvederà a comunicare all'Azienda ULSS competente per territorio:

- ogni variazione inerente le generalità del personale addetto alla vendita entro il termine di 15 giorni dall'avvenuta sostituzione (da comunicarsi altresì all'Ordine professionale competente per territorio);
- l'eventuale riorganizzazione dei locali adibiti alla vendita e allo stoccaggio dei medicinali entro il termine di 15 giorni dall'avvenuta modifica;
- ogni altra variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente comunicazione;

10. di autorizzare, per le finalità di cui alla presente modulistica, il trattamento dei dati personali conferiti anche mediante modalità informatiche e telematiche (art. 13, D.Lgs 196/2003 e s.m.i).

Alla presente comunicazione si allegano i documenti riportati di seguito.

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del titolare/legale rappresentante della ditta/società;
- elaborato grafico dei locali in sc. 1:100 timbrato e firmato da un professionista abilitato con relazione descrittiva dell'attività, specificando i locali costituenti la struttura (area di vendita, spogliatoio del personale, eventuale deposito...);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) corredata di documento di identità in corso di validità per ciascun farmacista incaricato alla vendita, attestante gli estremi:
  - di laurea;
  - di abilitazione all'esercizio della professione
  - di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti;
- dichiarazione ai sensi dell'art. 47, DPR n. 445/2000 e s.m.i. relativa alla regolare posizione dell'attività in essere presso la CCIAA territorialmente competente.

L'amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 D.P.R. 445/2000).

Nel caso in cui l'azienda sia titolare di più esercizi commerciali attraverso i quali viene svolta attività di distribuzione dei farmaci ai sensi del DL n. 223/2006, convertito con modificazioni dalla L. n. 248/2006, è necessario per ognuno di essi inviare il presente fac-simile completo di allegati.

Luogo .....

li, .....

Il Dichiarante

.....