

 <p>COMUNE DI MONREALE Provincia di Palermo</p> <p>Area Pianificazione Gestione e Assetto del Territorio</p> <p>S.U.A.P. Sportello Unico delle Attività Produttive</p>	<p><u>ALLEGATO E-3</u></p> <p>Vendita farmaci da banco</p> <p>(D.L. 223/2006 – art. 5; D.L. 347/2001 – art. 9 bis)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Dati generali dell'intervento

1.1 – Ubicazione intervento (*Indicare il Comune e l'indirizzo inseriti nel modulo di domanda unica – sezione Dati dell'intervento*)

1.2 – Riportare descrizione sintetica dell'intervento (*Riportare la Descrizione inserita nel modulo di domanda unica – sezione Dati dell'intervento*)

2. Specifiche relative all'attività

Il sottoscritto (*nome e cognome*)

I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella DOMANDA UNICA

In riferimento all'attività di farmaci da banco presso esercizi commerciali, di cui all'art. 5 del D.L. n° 223/2006 (L. n° 248/2006)

DICHIARA

Quanto contenuto nei seguenti quadri:

N.B.: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione

2.1 – Tipologia dell'esercizio

Esercizio di vicinato Media strutture di vendita Grande strutture di vendita

Singolo esercizio inserito in un centro commerciale (*indicare denominazione*)

Estremi dell'atto abilitativo per l'esercizio dell'attività (*per attività già esistenti*)

2.2 – Settori merceologici e superfici

Settore Alimentare Specificare superficie di vendita

Settore Non Alimentare Specificare superficie di vendita

Superficie destinata alla vendita di farmaci:

Superficie totale dell'esercizio (*compresa la superficie dedicata ad altri usi*)

2.3 – Dichiarazioni

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avviene alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di un farmacista/più farmacisti abilitato/i all'esercizio della professione ed iscritto/i al relativo Ordine e secondo quanto espressamente previsto dall'art. 5 del D.L. 04/07/2006 n. 223 come modificato dalla legge di conversione 04/08/2006 n. 248, e dalle disposizioni normative vigenti in materia di farmaci

3 – Personale impiegato all'interno del reparto

N° farmacisti

N° addetti alla vendita di prodotti parafarmaceutici

3.1 – Farmacisti

1. Dott./Dott.ssa

Nato/a

il

Residente a

Via

N°

Codice fiscale

Diploma di laurea in farmacia conseguito in data

Presso l'università degli Studi di

In possesso dell'abilitazione professionale, conseguita in data

Presso l'università degli Studi di

Iscritto/a all'albo professionale della Provincia di

Dalla data

N° di iscrizione

Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:

2. Dott./Dott.ssa

Nato/a

il

Residente a

Via

N°

Codice fiscale

Diploma di laurea in farmacia conseguito in data

Presso l'università degli Studi di

In possesso dell'abilitazione professionale, conseguita in data

Presso l'università degli Studi di

Iscritto/a all'albo professionale della Provincia di

Dalla data

N° di iscrizione

Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:

3.2 – Eventuali addetti alla vendita di prodotti parafarmaceutici		
1. Sig. Sig.ra	Nato/a	il
Residente a	Via	N°
Codice fiscale		
2. Sig./Sig.ra	Nato/a	il
Residente a	Via	N°
Codice fiscale		
3.3 – Farmacista responsabile della conservazione dei farmaci, della farmacovigilanza e della rapida allerta per eventuali ritiri, sequestri, revoche dei farmaci		
Dott./Dott.ssa	Nato/a	il
Residente a	Via	N°
Codice fiscale		
<i>Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:</i>		
3.4 – Farmacista designato all'inserimento ed all'aggiornamento dei dati anagrafici ai sensi del D.L. 15/07/2004 (progetto di tracciabilità del farmaco), responsabile della Comunicazione informatica al Ministero della Salute		
Dott./Dott.ssa	Nato/a	il
Residente a	Via	N°
Codice fiscale		
<i>Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:</i>		
2.5 – Allegati		
SI	NO	Documento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheda relativa alla tipologia di intervento proposto (apertura/subingresso/trasferimento/ecc.) [Moduli C1-6]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheda di dichiarazione del possesso dei requisiti antimafia [Modulo D3]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relazione tecnica indicante le modalità adottate per identificare l'apposito reparto e per la corretta conservazione dei medicinali.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planimetria QUOTATA, sottoscritta in originale da tecnico abilitato, in scala 1:100 o 1:200 dell'esercizio, con evidenziata la superficie destinata alla vendita dei farmaci da banco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno

4. Data e firma

Luogo e data

Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR. 28 dicembre, n. 445, e del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Firma dell'interessato