

Spazio per la vidimazione da parte del SUAP	ALLEGATO E-3 Vendita farmaci da banco (D.L. 223/2006 – art. 5; D.L. 347/2001 – art. 9 bis)
---	---

1. Dati generali dell'intervento
1.1 – Indirizzo dell'esercizio
1.2 – Titolare dell'esercizio
1.3 – Descrizione intervento

2. Specifiche relative all'attività
Il sottoscritto <i>(nome e cognome)</i>
I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella dichiarazione autocertificativa 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:
<i>N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione</i>
2.1 – Tipologia dell'esercizio
<input type="checkbox"/> Esercizio di vicinato <input type="checkbox"/> Media strutture di vendita <input type="checkbox"/> Grande strutture di vendita
<input type="checkbox"/> Singolo esercizio inserito in un centro commerciale <i>(indicare denominazione)</i>
<input type="checkbox"/> Estremi dell'atto abilitativo per l'esercizio dell'attività <i>(per attività già esistenti)</i>
2.2 – Settori merceologici e superfici
<input type="checkbox"/> Settore Alimentare Specificare superficie di vendita
<input type="checkbox"/> Settore Non Alimentare Specificare superficie di vendita
Superficie destinata alla vendita di farmaci:
Superficie totale dell'esercizio <i>(compresa la superficie dedicata ad altri usi)</i>
2.3 – Dichiarazioni
DICHIARA
sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:
<input type="checkbox"/> 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		

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

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		

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

2.5 – Allegati

SI	NO	Documento
		Scheda relativa alla tipologia di intervento proposto (apertura/subingresso/trasferimento/ecc.)
		Scheda di dichiarazione del possesso dei requisiti antimafia
		Relazione tecnica indicante le modalità adottate per identificare l'apposito reparto e per la corretta conservazione dei medicinali.
		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
		Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
		In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno

3. Data e firma

Luogo e data	Firma dell'interessato