

	Al Comune di	
	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 (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Residenza				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP
Telefono casa		Telefono cellulare	Posta elettronica certificata	
in qualità di <small>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</small>				
Ruolo				
Denominazione/Ragione sociale			Tipologia	
Sede legale				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP
Codice Fiscale		Partita IVA		
Telefono soggetto giuridico		Posta elettronica certificata soggetto giuridico		
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				
Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo PEC				
in relazione all'attività di				
Attività svolta				

con sede operativa in							
Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)		Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Piano
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	Numero/protocollo	Data	Ente di riferimento
<input type="checkbox"/> autorizzazione, concessione o nulla osta			
<input type="checkbox"/> SCIA, DIAP o COM			
<input type="checkbox"/> 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 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

<input checked="" type="checkbox"/> farmacista			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono casa	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Provincia ordine professionale	Numero di iscrizione		

<input type="checkbox"/> ulteriore farmacista			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono casa	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Provincia ordine professionale	Numero di iscrizione		

<input type="checkbox"/> <b>ulteriore farmacista</b>			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita
Telefono casa		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria
Provincia ordine professionale		Numero di iscrizione	

<input type="checkbox"/> <b>ulteriore farmacista</b>			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita
Telefono casa		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria
Provincia ordine professionale		Numero di iscrizione	

<input type="checkbox"/> <b>ulteriore farmacista</b>			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita
Telefono casa		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria
Provincia ordine professionale		Numero di iscrizione	

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	planimetria dei locali destinati ad attività produttive
<input type="checkbox"/>	ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria <i>(da allegare se previsti)</i>
<input type="checkbox"/>	ulteriori immobili oggetto del procedimento
<input type="checkbox"/>	copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>
<input type="checkbox"/>	copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura legale
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Luogo	Data	Il dichiarante