

Allo Sportello Unico _____ Comune / Comunità / Unione _____

COMUNICAZIONE DI INIZIO ATTIVITÀ VENDITA DEI FARMACI DA BANCO O DI AUTOMEDICAZIONE E DI TUTTI I FARMACI O PRODOTTI NON SOGGETTI A PRESCRIZIONE MEDICA NEGLI ESERCIZI COMMERCIALI (*)

(Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 04/10/2006 n. 8/3271 e s.m.i.)

(*) copia della presente comunicazione va inoltrata per conoscenza a: Ministero della Salute, Regione Lombardia, ASL di riferimento, Agenzia del farmaco, Ordine dei farmacisti territorialmente competente

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(sempre necessario)

Cognome		Nome		Codice fiscale			
Data di nascita		Sesso	Cittadinanza				
		-	▼				
Luogo di nascita		Provincia		Stato			
Residenza							
Comune		Provincia	CAP	Stato			
Indirizzo				Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare			Fax		
PEC (Domicilio elettronico)			Email				
Cittadino							
<input type="radio"/> Comunitario		<input type="radio"/> Non comunitario		<input type="radio"/> Non comunitario e residente all'estero			
Permesso di soggiorno / carta di soggiorno n.		Rilasciato da			Data di rilascio		
Motivo del soggiorno					Valido fino al		
Estremi raccomandata					Rinnovato il		

PER CONTO DELLA DITTA O SOCIETÀ

(eventuale)

In qualità di							
-							
Denominazione o ragione sociale		Codice fiscale			Partita iva		
Sede legale/sociale							
Comune		Provincia	CAP	Stato			
Indirizzo				Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare			Fax		

Posta Elettronica Certificata (PEC)		Email	
N. di iscrizione al R.I.		CCIAA di	Data
N. di iscrizione al R.E.A.		CCIAA di	Data
Estremi dell'atto costitutivo			

titolare di		
Procedimento	Protocollo num.	Data
<input type="radio"/> SCIA - Segnalazione certificata inizio attività		
<input type="radio"/> DIA - Denuncia inizio attività		
<input type="radio"/> Presa d'atto		
<input type="radio"/> Autorizzazione		
<input type="radio"/>		

relativamente all'esercizio commerciale		
Tipologia		
<input type="checkbox"/> Esercizio di vicinato	<input type="checkbox"/> Media struttura	<input type="checkbox"/> Grande struttura

Localizzazione dell'esercizio

sito in				
Comune				CAP
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)				Interno
	Num. civico	Scala	Piano	

censito al catasto

Fabbricati	Sezione	Foglio	Mappale	Subalterno
<input type="checkbox"/>	- ▼			
Terreni	Sezione	Foglio	Mappale	
<input type="checkbox"/>	- ▼			

Superficie		
<input type="checkbox"/> Adibita alla vendita		m ²
<input type="checkbox"/> Adibita ad altri usi		m ²

Superficie complessiva dell'esercizio	
(compresa la superficie adibita ad altri usi)	m ²

<input type="checkbox"/> attività svolta in centro commerciale		
Denominazione		
Provvedimento num.	Data	Rilasciato da

COMUNICA

ai sensi dell'art. 9-bis del D.L. 18/09/2001 n. 347, concertito con modificazioni dalla L. del 16/11/2001 n. 405 e ai sensi e per gli effetti del D.L. 04/07/2006 n. 223, convertito con modificazioni dalla L. del 04/08/2006 n. 248 e della D.G.R. del 04/10/2006, n. 8/3271

l'inizio attività di vendita al pubblico dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica

Superficie di vendita	
Reparto	m ²

DICHIARAZIONI

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e degli artt. 483,495 e 496 del Codice Penale e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

<input checked="" type="checkbox"/>	di essere in possesso del codice identificativo rilasciato dal Ministero della Salute				
	<table border="1"><tr><td>Numero</td><td>Data rilascio</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Numero	Data rilascio		
Numero	Data rilascio				

che l'attività è a carattere					
<input type="radio"/>	Permanente				
<input type="radio"/>	Stagionale				
	<table border="1"><tr><td>Data inizio</td><td>Data fine</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Data inizio	Data fine		
Data inizio	Data fine				
e avrà inizio					
<input type="radio"/>	dalla data di presentazione della presente segnalazione				
<input type="radio"/>	dalla data del _____ successiva alla data di presentazione della presente segnalazione, consapevole che i termini decorrono comunque dalla data di presentazione				

<input checked="" type="checkbox"/>	di impegnarsi ad adottare, entro l'attivazione dell'esercizio, tutte le misure necessarie al fine di rispettare le norme, le prescrizioni e le autorizzazioni in materia edilizia, urbanistica e igienico-sanitaria, nonché le norme in materia di sicurezza e prevenzione incendi
<input checked="" type="checkbox"/>	di impegnarsi a comunicare immediatamente al SUAP le variazioni intervenute successivamente alla presente comunicazione che hanno rilievo relativamente alla attività di cui fa riferimento la presente comunicazione

<input checked="" type="checkbox"/>	che il/i farmacista/i addetti al reparto è/sono																		
	<table border="1"><tr><td>Cognome</td><td>Nome</td><td>Codice fiscale</td></tr><tr><td>Data di nascita</td><td>Sesso</td><td>Cittadinanza</td></tr><tr><td></td><td>-</td><td>▼</td></tr><tr><td>Luogo di nascita</td><td>Provincia</td><td>Stato</td></tr><tr><td>Isritto/a all'albo dei farmacisti di</td><td colspan="2">Al n.</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Cognome	Nome	Codice fiscale	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza		-	▼	Luogo di nascita	Provincia	Stato	Isritto/a all'albo dei farmacisti di	Al n.				
Cognome	Nome	Codice fiscale																	
Data di nascita	Sesso	Cittadinanza																	
	-	▼																	
Luogo di nascita	Provincia	Stato																	
Isritto/a all'albo dei farmacisti di	Al n.																		

<input type="checkbox"/>	che l'esercizio commerciale sopra indicato è compreso tra quelli indicati nell'art. 4 - comma 1 - lett. d ed f D.Lgs. 31/03/1998 n. 114
<input checked="" type="checkbox"/>	che la vendita avviene in un unico apposito reparto, in possesso dei requisiti previsti dalle "Indicazioni in materia di vendita dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica negli esercizi commerciali" approvate con D.G.R. del 04/10/2006 n. 8/3271
<input checked="" type="checkbox"/>	che la vendita avviene 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' art. 5 del D.L. n. 223/2006 come modificato dalla L. n. 248/2006 e delle disposizioni normative vigenti in materia di farmaci

relativamente alle attività commerciali o produttive soggette a licenze, autorizzazioni, concessioni, segnalazioni o comunicazioni, ai fini del rilascio o rinnovo o della permanenza in esercizio subordinati alla verifica della regolarità del pagamento dei tributi locali da parte dei soggetti richiedenti (art. 15ter del D.L. 30/04/2019 n. 34 e s.m.i.):	
<input type="radio"/>	di aver verificato che non è in vigore alcun Regolamento Comunale in materia
<input type="radio"/>	di aver preso visione del Regolamento Comunale in materia e di rispettare le condizioni di regolarità del pagamento dei tributi locali ivi previste

Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni
//

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE

<input checked="" type="checkbox"/>	che il/i locale/i dove si intende esercitare l'attività possiede/ono i requisiti previsti dalla vigente normativa edilizia e sanitaria
<input checked="" type="checkbox"/>	che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 159 del 06/09/2011 (codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli artt. 1 e 2 della legge 13/08/2010 n. 136 e s.m.i.)

ALLEGATI

Allegato							
<input type="checkbox"/>	0070 - Procura speciale / Delega						
<input type="checkbox"/>	Attestazione pagamento diritti suap (se richiesti) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Data pagamento</th> <th style="width: 30%;">Importo €</th> <th style="width: 40%;">Quietanza n°</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Data pagamento	Importo €	Quietanza n°			
Data pagamento	Importo €	Quietanza n°					
<input type="checkbox"/>	Planimetria in scala adeguata con l'evidenziazione del reparto all'interno del locale						
<input type="checkbox"/>	Altri allegati						

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART. 13 DEL REG. UE 27/04/2016 N. 679)

Il Reg. UE n. 679 del 27/04/2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare del trattamento:
indirizzo mail/PEC

Responsabile della protezione dati dell'Ente titolare:
indirizzo mail/PEC

Responsabile del Trattamento dei dati (eventuale)
indirizzo mail/PEC

Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. Pertanto i dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento

I dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici.

Destinatari dei dati

I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7/08/1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Diritti

L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo a un'autorità di controllo come previsto dall'art. 15 del Reg. UE n. 2016/679. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte allo Sportello.

Periodo di conservazione dei dati

I dati personali saranno conservati, per un periodo di tempo stabilito in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa oppure, nel caso in ciò non sia possibile, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono raccolti e trattati.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data

Firma

N.B.: Firma autografa da apporre **esclusivamente** in caso di **presentazione cartacea**. In caso di **compilazione telematica** la firma apposta sul documento di procura speciale/delega assolve a tutti gli adempimenti previsti per legge.