

Al comune di Grosseto Alla Regione Toscana All'Agenzia Italiana del Farmaco Al Ministero della Salute All'Azienda Usl Toscana Sud Est	<b>Vendita farmaci da banco e medicinali veterinari presso gli esercizi commerciali al dettaglio</b> D.L. 223/2006 – art. 5; D.L. 347/2001 – art. 9 bis; D.L. 1/2012 D.M. 09/03/2012 D.M. 19/10/2012 D.M. 08/11/2012 D.Lgs. 222/2016
---	---

## 1. Dati generali dell'intervento

**LE DICHIARAZIONI CONTENUTE IN QUESTO MODELLO SONO CONNESSE A QUELLE RIPORTATE NELLA DOCUMENTAZIONE DELLA SCIA UNICA, ISTANZA O COMUNICAZIONE TRASMESSA AL SUAP.**

### 1.1 – UBICAZIONE ESERCIZIO COMMERCIALE

### 1.2 – TITOLARE DELL'ESERCIZIO COMMERCIALE

## 2. Specifiche relative all'attività

Il sottoscritto (nome e cognome)

I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella SCIA 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 di farmaci oggetto della vendita

Medicinali di automedicazione

Medicinali non soggetti a prescrizione medica appartenenti alle classi di cui all'art.8, comma 10, lettera c) della legge 24 dicembre 1993, n. 537

Medicinali veterinari, ad esclusione di quelli richiamati dall'art.45 del D.P.R. N°309/1990

Preparazioni galeniche officinali che non prevedono la presentazione di ricetta medica

### 2.2 – 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)

### 2.3 – Settori merceologici e superfici

<input type="checkbox"/>	<b>Settore Alimentare</b>	Specificare superficie di vendita
<input type="checkbox"/>	<b>Settore Non Alimentare</b>	Specificare superficie di vendita
Superficie destinata alla vendita di farmaci:		
Superficie totale dell'esercizio ( <i>compresa la superficie dedicata ad altri usi</i> )		
<b>2.4 – Dichiarazioni</b>		
<b>DICHIARA</b>		
<b>sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:</b>		
<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		

<b>3 – Personale impiegato all'interno del reparto</b>			
<input type="checkbox"/> N° farmacisti			
<input type="checkbox"/> N° addetti alla vendita di prodotti parafarmaceutici			
<b>3.1 – Farmacisti</b>			
<b>1.</b> 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	
<b>Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:</b>			
<b>2.</b> 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	

<b>Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:</b>			
<b>3.2 – Eventuali addetti alla vendita di prodotti parafarmaceutici</b>			
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			
<b>3.3 – Farmacista responsabile della conservazione dei farmaci, della farmacovigilanza e della rapida allerta per eventuali ritiri, sequestri, revoche dei farmaci</b>			
Dott./Dott.ssa	Nato/a	il	
Residente a	Via	N°	
Codice fiscale			
<b>Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:</b>			
<b>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</b>			
Dott./Dott.ssa	Nato/a	il	
Residente a	Via	N°	
Codice fiscale			
<b>Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:</b>			
<b>3.5 – Allegati</b>			
<b>SI</b>	<b>Documento</b>		
<input type="checkbox"/>	Relazione tecnica indicante le modalità adottate per identificare l'apposito reparto e per la corretta conservazione dei medicinali.		
<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"/>	Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni		
<input type="checkbox"/>	In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno		

## 4. Dichiarazioni generali

**Per la vendita di medicinali non soggetti a prescrizione medica appartenenti alle classi di cui all'art.8, comma 10, lettera c) della legge 24 dicembre 1993, n. 537, anche con vendita di farmaci da banco**

il sottoscritto dichiara di rispettare i requisiti di cui all'allegato 1, parte A al Decreto del Ministero della Salute 09 marzo 2012 e ss.mm.ii.

**Per la vendita di soli medicinali di automedicazione**

il sottoscritto dichiara di rispettare i requisiti di cui all'allegato 1, parte B al Decreto del Ministero della Salute 09 marzo 2012 e ss.mm.ii.

**Per la vendita di medicinali veterinari**

il sottoscritto dichiara di rispettare i requisiti di cui all'allegato 1 al Decreto del Ministero della Salute 09 marzo 2012 e ss.mm.ii.

**Per l'allestimento di preparazioni galeniche officinali che non prevedono la presentazione di ricetta medica**

il sottoscritto dichiara di rispettare i requisiti di cui all'allegato 1, parte A al Decreto del Ministero della Salute 09 marzo 2012 e ss.mm.ii.

## 5. Data e firma

Luogo e data

Firma dell'interessato