

COMUNICAZIONE IN MERITO ALLA VENDITA DEI FARMACI DA BANCO O DI AUTOMEDICAZIONE E DI TUTTI I FARMACI O PRODOTTI NON SOGGETTI A PRESCRIZIONE MEDICA NEGLI ESECIZI COMMERCIALI APPROVATE CON D.G.R. N. 8/3271 DEL 4.10.2006

Spett.le
Regione Lombardia
Direzione Generale Sanità
U.O. Servizi Sanitari Territoriali
Via Pola, 9/11 – 20124 Milano

ASL della Provincia di Varese
Servizio Assistenza Farmaceutica
Via Ottorino Rossi n. 9
21100 - Varese

Al S.U.A.P.
del COMUNE di GORLA MINORE
P.E.C.: suap.gorla_minore@pec.regione.lombardia.it

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ cittadinanza _____ e residente
in via _____ n. _____, codice fiscale _____
telefono _____ cell _____ email (o P.E.C.) _____

titolare dell'esercizio commerciale denominato _____

legale rappresentante della società _____

con sede in _____ via _____ n. _____

iscrizione alla Camera di Commercio n. _____

P.IVA _____ tel e fax dell' esercizio commerciale _____

indirizzo P.E.C.: _____

COMUNICA

che l'esercizio commerciale denominato _____

come sopra meglio individuato, intende effettuare la vendita al dettaglio dei farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'art. 9-bis del D.L. 18.09.2001, n. 347, convertito con modificazioni della Legge 16.11.2001, n. 405, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica, nell'area dedicata di superficie di vendita di mq. _____.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avviene in un unico apposito reparto, in

possesso sei 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. n. 8/3271 del 4.10.2006;

che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati 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 legge di conversione n. 248/2006 e delle disposizioni normative vigenti in materia di farmaci;

che il/i farmacista/i addetto/i al citato reparto è/sono:

- dr/dott.ssa _____ nato il _____
a _____ residente a _____
in possesso del diploma di Laurea in farmacia, o titolo equipollente, conseguito presso
l'Università _____ in data _____ abilitazione _____
regolarmente iscritto/a all'albo dei farmacisti di _____ al n. _____
- dr/dott.ssa _____ nato il _____
a _____ residente a _____
in possesso del diploma di Laurea in farmacia, o titolo equipollente, conseguito presso
l'Università _____ in data _____ abilitazione _____
regolarmente iscritto/a all'albo dei farmacisti di _____ al n. _____
- dr/dott.ssa _____ nato il _____
a _____ residente a _____
in possesso del diploma di Laurea in farmacia, o titolo equipollente, conseguito presso
l'Università _____ in data _____ abilitazione _____
regolarmente iscritto/a all'albo dei farmacisti di _____ al n. _____

Gorla Minore, _____

Il/la dichiarante
