Ministero della Salute

Dipartimento Farmacovigilanza

Via Giorgio Ribotta, 5

00144 ROMA

Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità

U.O. Struttura Farmaceutica, Protesica

e Dispositivi Medici

Piazza Città di Lombardia, 1

20124 MILANO

Agenzia Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano

UOC Vigilanza Farmaceutica

UOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale Milano città/ Milano est/ Milano ovest)

Comune di ----------------

(trasmettere anche al Comune dove ha sede l’esercizio commerciale)

**OGGETTO:** **Comunicazione in merito alla “vendita dei farmaci da banco o prodotti non soggetti a**

**prescrizione medica e/o dei farmaci di automedicazione e/o di farmaci veterinari negli esercizi**

**commerciali”. Trasferimento/modifica locali**.

Il/La sottoscritto/a.………………………………………………………………….…………………………………. nato/a a ……………………………………………………………………………………...il ………………………

residente a…………………………………………………………………………………………………..………….. C.F…………………………..………………………………………………………………………………………..……

Titolare dell’esercizio commerciale

denominato………………………………………………………………………………………..………………….….

Con sede a…………………………………………………in ia………………….………………….………………….

Autorizzazione Comunale n………………………………………………………………………………….………….

Iscrizione alla Camera di Commercio n……………..…………..…………. P. IVA ……………………………… Tel. ……………………………..…………….. Fax. ………………….………………(dell’esercizio commerciale)

Indirizzo e-mail ……………………………………………………………………………………..…………………….

**C O M U N I C A**

che l’esercizio commerciale denominato.…………………………………………………………….………………………..……………….…..

con sede a …………………………………………………………...……………………………….………………. sito in via ……………….………………………………………………………..…..…………………………………

autorizzato ad effettuare la vendita al dettaglio di (barrare la/le voce/i di interesse)

* medicinali non soggetti a prescrizione medica (s.o.p.) appartenenti alla classe di cui all’art.8, comma10, lettera c) della L. 24.12.1993 n.537 e s.m.i.
* medicinali di automedicazione (o.t.c.),
* medicinali veterinari,

e autorizzato ad allestire (barrare la voce di interesse ovvero annullare il paragrafo):

* preparati officinali sterili che non prevedono presentazione di ricetta medica,
* preparati officinali non sterili su scala ridotta che non prevedono presentazione di ricetta medica.

si trasferirà in nuovi locali ubicati a ………………………………………………………………………………. in

Via …………………………………………………………………. su una superficie di vendita di mq………...….

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di falsità contenute in dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avverrà 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 DGR n. 3271 del 04.10.2006.

Data e luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

timbro Società e firma legale rappresentante

Allegati:

* copia della Carta d’Identità del dichiarante;
* planimetria dell’esercizio commerciale, nella quale risulti visualizzato il reparto (da trasmettere solo ad ATS);
* certificazioni (agibilità, destinazione d’uso, conformità degli impianti, dichiarazioni sostitutive, ecc.) (da trasmettere solo ad ATS)