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”**

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 ……………….……..………………………………… intende 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,

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

Intende, inoltre, 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.

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 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 DGR n. 3271 del 04.10.2006;
* 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:

il Dr./Dott.ssa ………………………………………. nato/a a ……………….……………... il………………

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

in possesso del Diploma di Laurea in Farmacia/C.T.F., conseguito in data …………..………… presso l’Università di…………………..…………………, regolarmente iscritto/a all’albo dei farmacisti di………………………..……………………. al n. ……………..…. dal ……………………………………. (se i farmacisti sono più di uno, indicare su prospetto a parte per ciascuno i dati innanzi indicati)

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)

Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

timbro Società e firma legale rappresentante