

<p>In allegato alla dichiarazione di</p> <p>Codice fiscale</p>
--

Comunicazione di avvio dell'attività di parafarmacia
Ai sensi dell'articolo 5 del Decreto Legge 04/07/2006, n. 223

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>											
Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale											
Tipologia											
Sede legale											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA						
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio					Provincia		Numero iscrizione				

in relazione all'attività indicata nel modulo principale con sede operativa in											
Particella terreni o unità immobiliare urbana				Codice catastale	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria		
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	

COMUNICA

che intende effettuare la vendita al dettaglio dei farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'articolo 9-bis del Decreto Legge 18/09/2001, n. 347, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avviene in un unico apposito reparto, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.
- che l'attività è svolta 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'articolo 5 del Decreto Legge 18/09/2001, n. 347

DICHIARA INOLTRE

che i farmacisti addetti al reparto sono

<input checked="" type="checkbox"/> farmacista			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Provincia ordine professionale	Numero di iscrizione		

<input type="checkbox"/> ulteriore farmacista			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Provincia ordine professionale	Numero di iscrizione		

<input type="checkbox"/> ulteriore farmacista			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Provincia ordine professionale	Numero di iscrizione		

<input type="checkbox"/> ulteriore farmacista			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Provincia ordine professionale	Numero di iscrizione		

<input type="checkbox"/> Ulteriore farmacista			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Provincia ordine professionale	Numero di iscrizione		

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	planimetria dei locali destinati ad attività produttive
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Luogo	Data	Il dichiarante