

ALLEGATO E-3 Vendita farmaci da banco (D.L. 223/2006 – art. 5; D.L. 347/2001 – art. 9 bis)	Indicare di seguito la tipologia di procedimento <input type="checkbox"/> <i>Immediato avvio [0 giorni]</i> <input type="checkbox"/> <i>Immediato avvio [20 giorni]</i> <input type="checkbox"/> <i>Conferenza di Servizi</i>
---	--

1. Dati generali dell'intervento
1.1 – Indirizzo dell'esercizio
1.2 – Titolare dell'esercizio
1.3 – Descrizione intervento

2. Specifiche relative all'attività		
Il sottoscritto (<i>nome e cognome</i>)		
I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella dichiarazione autocertificativa 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:		
<i>N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione</i>		
2.1 – Tipologia dell'esercizio		
Esercizio di vicinato	Media struttura di vendita	Grande struttura di vendita
Singolo esercizio inserito in un centro commerciale (<i>indicare denominazione</i>)		
Estremi dell'atto abilitativo per l'esercizio dell'attività (<i>per attività già esistenti</i>)		
2.2 – Settori merceologici e superfici		
	Settore Alimentare	Specificare superficie di vendita
	Settore Non Alimentare	Specificare superficie di vendita
Superficie destinata alla vendita di farmaci:		
Superficie totale dell'esercizio (<i>compresa la superficie dedicata ad altri usi</i>)		
2.3 – Dichiarazioni		
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 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		

3 – Personale impiegato all'interno del reparto

N° farmacisti

N° addetti alla vendita di prodotti parafarmaceutici

3.1 – Farmacisti

1. 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

Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:

2. 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

Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:

3.2 – Eventuali addetti alla vendita di prodotti parafarmaceutici

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.3 – Farmacista responsabile della conservazione dei farmaci, della farmacovigilanza e della rapida allerta per eventuali ritiri, sequestri, revoche dei farmaci

Dott./Dott.ssa	Nato/a	il
Residente a	Via	N°
Codice fiscale		

Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:

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

Dott./Dott.ssa	Nato/a	il
Residente a	Via	N°
Codice fiscale		

Firma del farmacista per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:

2.5 – Allegati

SI	NO	Documento
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scheda relativa alla tipologia di intervento proposto (apertura/subingresso/trasferimento/ecc.)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scheda di dichiarazione del possesso dei requisiti antimafia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relazione tecnica indicante le modalità adottate per identificare l'apposito reparto e per la corretta conservazione dei medicinali.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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="radio"/>	<input type="radio"/>	Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno

3. Data e firma

Luogo e data
Firma dell'interessato

Sigla dell'interessato