Al Direttore del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Via Pindemonte, 88 – 90129 Palermo

PEC: dipfarmaceutico.pec@asppa.it

fax 091/7033019

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa ………………………………… nato/a a …………………………………………..il…………………….. residente in ……………………………………………………………………………………………CAP..……………………………………………

via ………………………………………………………………..n°………… in qualità di Legale Rappresentante/Titolare della Farmacia/ Parafarmacia - Esercizio Commerciale (art.5, comma1, D.L.n°223 del 04.07.2006, convertito in Legge n°248 del 04.08.2006) denominata………………………………………………………………………………………………..................................................

con sede legale in……………………………………………………………………………………………………….CAP………………………… via………………………………………………………n°…………..Tel…………………………………………Fax…………………………………….

P.IVA…………………………………………………………………………..C.F…………………………………………………………………………..

Pec……………………………………………………………………………E.mail…………………………………………………………………………

CHIEDE

Il rilascio dell’autorizzazione, da parte della Regione Sicilia Assessorato della Salute Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica Servizio 7 – Farmaceutica, alla vendita on – line di medicinali senza obbligo di prescrizione medica, classificati dall’AIFA come SOP e OTC, di cui al D.A. n°613/2016 del 11.04.2016.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste, pena la decadenza dei benefici acquisiti in caso di dichiarazioni false e mendaci, agli art. 75 e art. 76 del D.P.R. n°445/2000, afferma che tutto quanto dichiarato corrisponde al vero :

1. Denominazione, partita IVA e indirizzo completo del sito logistico;
2. Data di inizio dell’attività di vendita a distanza al pubblico dei medicinali (data presunta);
3. Indirizzo del sito web ed ogni informazione pertinente ad identificare tale sito (dati del registrante del sito e dati del contatto amministrativo del sito);
4. Il/La sottoscritto/a è consapevole che ogni cambiamento delle informazioni trasmesse di cui ai punti precedenti, dovranno essere comunicate, a questo Dipartimento, entro trenta giorni, pena la decadenza dell’autorizzazione concessa;

Il/La Sottoscritto/a allega alla presente la seguente documentazione:

1. Attestazione di ricevimento della S.C.I.A. rilasciata dal Comune di appartenenza attestante l’inizio di attività di Commercio Elettronico;
2. Attestazione di variazione di attività con inserimento del Commercio Elettronico rilasciato dalla Camera di Commercio;
3. Dichiarazione resa dal sistema informativo dell’Agenzia delle entrate riguardante l’inizio di attività;
4. Dichiarazione di avvenuto adempimento delle disposizioni richieste dal Garante della privacy;
5. Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà ai sensi dell’art.47 DPR 28.12.2000 n°445 (certificazione antimafia);
6. Documento attestante il possesso del codice univoco rilasciato dal Ministero della Salute;
7. Fotocopia del codice fiscale e del documento d’identità;
8. Documentazione relativa al trasporto dei medicinali venduti on line, in conformità a quanto previsto dalle norme di buona distribuzione.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/la Farmacista richiedente

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

Ai sensi dell’art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è inviata insieme alla fotocopia, non autentica di un documento d’identità del dichiarante, all’ufficio competente. Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lvo n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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