Raccomandata AR

*Al Ministero della Salute*

*Progetto “Tracciabilità del Farmaco”*

*Via Giorgio Ribotta n. 5*

*00144 Roma*

*All’Agenzia Italiana del Farmaco*

*Via del Tritone n. 181*

*00187 Roma*

*All’ Assessorato Regionale della Sanità*

*Dipartimento per la Pianificazione Strategica*

*Servizio 7 - Farmaceutica*

*Piazza Ottavio Ziino, 24*

*90145 Palermo*

*Al Direttore del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico*

*Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo*

*Via Pindemonte, 88 – 90129 Palermo*

*PEC: dipfarmaceutico.pec@asppa.it*

*fax 091/7033019*

*All’Ordine provinciale dei farmacisti di*

*………………………………………………*

*Al Comune di ......................................*

*(indicare comune dove ha sede l’esercizio commerciale)*

Il/la sottoscritto/a .......................................................... nato/a.................................................

il ...................... residente a .......................................................... C.F. ........................................

titolare dell'esercizio commerciale denominato .......................................................... ..................

con sede a ................................... in via .................................. SCIA comunale n. ...............

iscrizione alla Camera di commercio n. ........................ P. IVA .............................................

tel. ..................................... fax .......................................... (dell'esercizio commerciale) indirizzo e-mail .......................................................... dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 che le notizie ivi fornite sono complete e veritiere e

Comunica

Che l’esercizio commerciale denominato ……………………………………………….… con sede a ................................... in via ......................................................................................................................................................…

CODICE UNIVOCO rilasciato dal Ministero………………………………………………………………………………………..

intende effettuare la vendita al dettaglio dei farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'art. 9/bis della legge n. 347 del 18 settembre 2001, convertito con modificazione dalla legge n. 405 del 16 novembre 2001 e s.m.i. e di tutti i farmaci non soggetti a prescrizione medica.

Dichiara inoltre che la direzione responsabile viene affidata al/alla Dr/Dr.ssa ……………………………………………………………………………………………………………,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Richiedente

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

Ai sensi dell’art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza di dipendente addetto ovvero sottoscritta o 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 nr. 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.

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