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

All’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

UOC Gestione e Vigilanza delle Farmacie in Convenzione

prestazioni.farmaceutiche@pec.asptrapani.it

All’Ordine provinciale dei farmacisti

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

OGGETTO: COMUNICAZIONE APERTURA PARAFARMACIA

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 ………………………………………………………………………, laureato in Farmacia presso l’Università degli studi di………………. In data…………….., abilitato all’esercizio della professione presso l’Università degli studi di………………. In data…………….., iscritto all’ordine professionale dei farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al num.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA FIRMA

il sottoscritto autorizza altresì l’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ai sensi dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679

DATA FIRMA