

In allegato alla dichiarazione di Codice fiscale

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 Fis	cale			
	_									
Data di nascita	Sesso	Luogo di nas	cita			Cittadinan	za			
Residenza Provincia Comune	Indirizzo		Y	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare Telefono fiss	50	Posta elettro	onica ordinaria			Posta elet	tronica certi	ficata		
in qualità di (questa sezione deve	essere compila	ata se il dichia	rante non è un	a persona fis	ica)					
Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale	•					Tipologia				
Sede legale						7				
Provincia Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
				2						
Codice Fiscale				Partita IVA						
Telefono		Posta elettro	onica ordinaria			Posta elet	tronica certi	ficata	_	
		·								
Iscrizione al Registro Imprese della Came	ra di Commerci	0			Provincia	Numero Is	crizione		4	
									1	
in relazione all'attività indica	ata nel moo	dulo princi	ipale con s	ede opera	tiva in					
in relazione all'attività indica Particella terreni o Unità imm. urbana	ata nel mod	dulo princi Sezione	ipale con so	ede opera	tiva in Subalterno	Categoria	Visura			
						Categoria	Visura			
						Categoria Scala	Visura	SI	NC	САР

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 add	etti al reparto sono		
✓farmacista Cognome		Nome	Codice Fiscale
Cognome		Nome	Courte Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Provincia ordine professiona	le Numero di iscrizio	ne	
ulteriore farmaci	sta		70
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Provincia ordine professiona	le Numero di iscrizio	ne	
_ulteriore farmaci	-1-		
Cognome Cognome	Sta	Nome	Codice Fiscale
203.10.112			
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Provincia ordine professiona	le Numero di iscrizio	ne	
_ulteriore farmaci	sta		
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Drovincia ordino professione	le Numero di iscrizio	nno.	
Provincia ordine professiona	ie ivuillero di ISCRIZIO	me .	

_ulteriore farma	cista			
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				
		5		

Provi	incia ordine professionale Numero di iscrizione
	Elenco degli allegati
	(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)
~	planimetria dei locali destinati ad attività produttive
	altri allegati (specificare)

