

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 Fiscale | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | |
| Residenza | | Indirizzo | | Civico | Barrato |
| Provincia | Comune | | | Interno | Scala |
| | | | | Piano | SNC <input type="checkbox"/> |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | |

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

| | | | | | |
|--|--------|-----------------------------|-----------|-------------------------------|------------------------------|
| Ruolo | | | | | |
| Denominazione/Ragione sociale | | | Tipologia | | |
| Sede legale | | Indirizzo | | Civico | Barrato |
| Provincia | Comune | | | Interno | Scala |
| | | | | Piano | SNC <input type="checkbox"/> |
| Codice Fiscale | | Partita IVA | | | |
| Telefono | | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio | | | Provincia | Numero Iscrizione | |

in relazione all'attività indicata nel modulo principale con sede operativa in

| | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|---------------------------------|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura <input type="checkbox"/> |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | Scala |
| | | | | | | Piano | SNC <input type="checkbox"/> |

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 addetti al reparto sono

| | | | |
|---|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> farmacista | | | |
| 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 |
|--------------------------------|----------------------|

| | | | |
|--|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ulteriore farmacista | | | |
| 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 |
|--------------------------------|----------------------|

| | | | |
|--|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ulteriore farmacista | | | |
| 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 |
|--------------------------------|----------------------|

| | | | |
|--|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ulteriore farmacista | | | |
| 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 |
|--------------------------------|----------------------|

ulteriore farmacista

| | | | |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 |
|--------------------------------|----------------------|

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)

San Giuliano Milanese

Luogo

Data

il dichiarante