

**Al Ministero della Salute**  
Progetto "Tracciabilità del farmaco"  
P.le dell'Industria, 20  
**00144 Roma**

**Alla Agenzia Italiana del Farmaco**  
Via della Sierra Nevada, 60  
**00144 Roma**

**Alla Regione Abruzzo**

**All'Ufficio Suap del  
Comune di Silvi (TE)**

**COMUNICAZIONE INIZIO ATTIVITÀ  
DI VENDITA AL PUBBLICO DI FARMACI**

ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legge 223/2006 convertito in Legge 4 agosto 2006, n. 248 e  
**comunicazione del soggetto fisico designato all'inserimento e  
dall'aggiornamento dei dati anagrafici**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cittadin \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in qualità di: <sup>(1)</sup> :

Titolare di Omonima Impresa Individuale:

<b>Partita IVA</b>	
<b>Sede legale</b>	Comune di _____ prov. ____ Via _____
<b>Reg. Imprese</b>	CCIAA di _____ Num. _____ del _____

Legale Rappresentante di Società:

<b>Ragione sociale</b>	
<b>Partita IVA</b>	
<b>Sede legale</b>	Comune di _____ prov. ____ Via _____
<b>Reg. Imprese</b>	CCIAA di _____ Num. _____ del _____

## COMUNICA

che intende effettuare la vendita al pubblico dei farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'articolo 9 – bis del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica presso il seguente esercizio commerciale:

- esercizio di vicinato <sup>(1)</sup>
- media struttura di vendita <sup>(2)</sup>
- grande struttura di vendita <sup>(3)</sup>

ubicato nel Comune di Silvi (TE), c.a.p. 64029 in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
all'insegna \_\_\_\_\_.

- Probabile data inizio attività di vendita dei farmaci ai sensi del D.L. n. 223/2006 convertito in Legge 248/2006: \_\_\_\_\_;

Consapevole delle sanzioni del Codice Penale e delle leggi speciali in materia stabilite in caso di attestazioni e mendaci dichiarazioni, avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 D.P.R. n°445/2000, sotto la propria responsabilità

## DIACHIARA

- che la vendita dei farmaci e dei prodotti succitati sarà effettuata in apposito reparto, alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di un farmacista abilitato all'esercizio della professione ed iscritto al relativo Ordine, secondo quanto espressamente previsto dall'art. 5 D.L. 04/07/2006 n° 223 come modificato dalla legge di conversione 04/08/2006 n° 248 nonché dalle disposizioni normative vigenti in materia di farmaci;
- Numero dei farmacisti impiegati (è opportuna la comunicazione delle generalità all' Ordine professionale competente per territorio):

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

*Alla presente allega:*<sup>(1)</sup>

1. copia di un documento di riconoscimento, in corso di validità;
2. allegato 1, allegato 2, allegato 3 (i 3 allegati vanno presentati solo al Ministero della Salute);
3. \_\_\_\_\_.

*Data* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**Note:**

- (1) la superficie minima deve essere non inferiore a mq. 40.
- (2) la superficie minima deve essere non inferiore a mq. 80.
- (3) la superficie minima deve essere non inferiore a mq. 120.

## *Allegato 1*

**Comunicazione del soggetto fisico designato all'inserimento ed all'aggiornamento dei dati anagrafici ai sensi del Decreto 15 luglio 2004 (Gazzetta Ufficiale n. 2 del 4 gennaio 2005) – “Progetto Tracciabilità del farmaco”.**

### **DESIGNAZIONE**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadin \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_ è designato  
quale responsabile della comunicazione informatica attraverso il sito internet del Ministero della salute  
per quanto attiene all'inserimento dei dati anagrafici e delle successive modifiche ed integrazioni  
relative agli esercizi commerciali di cui la sopra citata azienda è titolare ed attraverso i quali viene  
svolta attività di distribuzione di farmaci ai sensi dell'art. 5 del Decreto-Legge 223/2006 convertito in  
Legge 4 agosto 2006, n. 248.

*Data* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

## *Allegato 2*

### **MODALITÀ ADOTTATE PER IDENTIFICARE L'APPOSITO REPARTO**

(descrivere le modalità)

*Allegato 3*

**MODALITÀ ADOTTATE PER LA CORRETTA CONSERVAZIONE DEI  
MEDICINALI**

(descrivere le modalità)