

MODULO PER LA COMUNICAZIONE EX ART. 5 L. 248/06  
(Gli allegati vanno inviati solo al Ministero della Salute)

Al Ministero della Salute  
Progetto "Tracciabilità del Farmaco"  
Piazzale dell'Industria n. 20  
00144 ROMA

Alla Agenzia Italiana del Farmaco  
Via della Sierra Nevada n. 60  
00144 ROMA

Alla Direzione Generale Diritto alla salute e  
politiche di solidarietà  
Settore Farmaceutica  
Via Taddeo Alderotti, 26/n  
50139 FIRENZE

Al SUAP del Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto: L. n.248 del 04.08.2006: comunicazione avvio attività di dispensazione di farmaci da banco, di automedicazione e prodotti non soggetti a prescrizione medica**

Con la presente il/la sottoscritto/a ..... nato/a ..... il  
.....in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società .....  
con sede legale in ..... alla via .....

**COMUNICA**

che a far data dal ..... avvierà l'attività di vendita al pubblico di farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'art. 9 bis del D.L. 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, ai sensi e per gli effetti del D.L. 04.07.2006 n.223 convertito con modificazioni dalla L. 04.08.2006 n.248.  
A tal fine, consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. 28.12.2000 n.445 e successive modifiche ed integrazioni in materia di dichiarazioni mendaci e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. che la suddetta attività sarà avviata a decorrere dal giorno \_\_\_\_\_ presso l'esercizio commerciale denominato \_\_\_\_\_ posto a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ avente la seguente tipologia :  
 esercizio di vicinato  
 media struttura di vendita  
 grande struttura di vendita
2. che la vendita dei farmaci sarà effettuata in apposito reparto alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di farmacista/i abilitato/i all'esercizio della professione ed iscritto all'Ordine dei Farmacisti al n. \_\_\_\_\_ nella persona del/dei/ dr./dott.ri .....
3. che i locali sono conformi ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal D.M. 9.03.2012.
4. che le comunicazioni in caso di ritiri/sequestri/revoche di lotti di farmaci – ai sensi dell'art.133 D.Lgs.n.219 del 24.04.2006 – dovranno essere inviate al dr./dr.ssa

....., (fax..... e  
indirizzo e-mail ..... );

5. di impegnarsi a comunicare alla Regione Toscana – Direzione Generale del Diritto alla Salute e politiche di solidarietà , Settore Farmaceutica, via T. Alderotti, 26/n 50139 Firenze - :
- le eventuali sostituzioni dei farmacisti incaricati entro il termine di trenta giorni dall'avvenuta sostituzione;
  - la eventuale modifica inerente l'ubicazione dei locali ove viene inserita la postazione dedicata alla vendita di farmaci entro il termine di trenta giorni dall'avvenuta modifica .

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

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 Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nato /a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, 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 all'esercizio commerciale di cui la sopra citata azienda è titolare ed attraverso il quale viene svolta attività di distribuzione di farmaci ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legge 223/2006.

\_\_\_\_\_li, \_\_\_\_\_

FIRMA

-----

Allegato 2

MODALITA' ADOTTATE PER IDENTIFICARE L'APPOSITO REPARTO

(descrivere le modalità)

Allegato 3

MODALITA' ADOTTATE PER LA CORRETTA CONSERVAZIONE DEI MEDICINALI  
(descrivere le modalità)