

**SCHEMA DI COMUNICAZIONE**

Alla Direzione Sanità  
Servizio Assistenza Distrettuale-  
Assistenza Farmaceutica  
Ufficio Farmacie Convenzionate  
Via Conte di Ruvo, 74  
65121 PESCARA

E, p.c. Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_  
(territorio di competenza)

Al Servizio Farmaceutico Territoriale  
della ASL di \_\_\_\_\_  
(territorio di competenza)

**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 .....  
P.I.....

**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 l'esercizio commerciale denominato .....  
in titolarità a ...../  
del quale il firmatario è rappresentante legale  
..... è compreso tra quelli  
indicati dall'art.4 comma 1 lettera d) o lettera e) o lettera f) del D.Lgs. 31 marzo  
1998 n.114, (barrare la casella corrispondente);

**lettera d) – esercizi di vicinato aventi superficie di vendita:**

- non superiore a 150 mq. nei Comuni con popolazione residente inferiore a 10.000 abitanti;  
 non superiore a 250 mq. nei Comuni con popolazione residente superiore a 10.000 abitanti

**lettera e) – medie strutture di vendita aventi superficie superiore di vendita:**

- superiore a 150 mq.e fino a 1.500 mq. nei Comuni con popolazione residente inferiore a 10.000 abitanti;

- superiore a 250mq. e fino a 2.500 mq. nei Comuni con popolazione residente superiore a 10.000 abitanti;

**lettera f) – grandi strutture di vendita aventi superficie di vendita:**

- superiore a 1.500 mq. nei Comuni con popolazione residente inferiore a 10.000 abitanti;  
 superiore a 2.500 mq. nei Comuni con popolazione residente superiore a 10.000 abitanti;

2. che la vendita dei farmaci sarà effettuata in apposito reparto, e nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia, 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 della Provincia di .....  
nella persona del/dei/ dr./dott.ri  
.....  
.....
3. che il Responsabile del Sistema di Rapida Allerta cui la ASL competente per territorio farà pervenire 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 – è il/la dr./dr.ssa .....  
....., al cui indirizzo e-mail .....  
..... e n. fax.....  
devono essere inviate le informazioni di cui sopra ;
4. di impegnarsi a non detenere i farmaci non previsti nell'art.art. 9-bis del D.L. 18.09.2001 n. 347, convertito in L. 16.11.2001 n. 405;
5. di impegnarsi a comunicare alla Regione Abruzzo – Direzione Sanità, Servizio Assistenza Farmaceutica, via Conte di Ruvo n.74, 65100 Pescara - :
- le eventuali sostituzioni dei farmacisti incaricati entro il termine di dieci 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 .

Alla presente comunicazione si allegano – esclusivamente per la comunicazione da inoltrarsi alla Regione Abruzzo - i seguenti documenti:

- certificato di Laurea ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione del/dei farmacista/i incaricato/i (indicare data e luogo di conseguimento del titolo);
- certificato di abilitazione all'esercizio della professione ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione del/dei farmacista/i incaricato/i (indicare data e luogo di conseguimento del titolo);
- certificato di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione del/dei farmacista/i incaricato/i (indicare Provincia di iscrizione, numero e data);
- modello B compilato a cura del/dei farmacista/i incaricato/i;
- visura camerale attestante la ragione sociale e le attività rese dalla ditta/società richiedente.
- Certificato/Parere di idoneità igienico-sanitaria dei locali adibiti ad esercizio commerciale rilasciato dalla ASL competente, ai fini dell'apertura al pubblico dell'esercizio medesimo/ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- Planimetria dell'esercizio commerciale;
- fotocopia del documento di identità personale del titolare / legale rappresentante della ditta/società.

\_\_\_\_\_, lì, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_