

SCHEMA DI COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE ATTIVITA'

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 cessazione attivita' di dispensazione di farmaci da banco, di automedicazione e prodotti non soggetti a prescrizione medica

Con la presente il/la sottoscritto/a nato/a ilin qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società con sede legale in alla via P.I.....
Identificativo univoco assegnato dal Ministero della Salute.....

COMUNICA

che in data ha cessato 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

la tipologia dell'esercizio commerciale cessato :

- esercizio di vicinato
- media struttura di vendita
- grande struttura di vendita

che la comunicazione di inizio attività è stata trasmessa agli atti della Direzione Sanità con lettera raccomandata n.....del..... lettera acquisita agli atti della Direzione Sanità in data

_____, li, _____

Il Dichiarante
