

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		
Provincia	Comune	Indirizzo
Civico	Barrato	Interno
Scala	Piano	SNC
CAP		
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	
Provincia	Comune
Indirizzo	Civico
Barrato	Interno
Scala	Piano
SNC	CAP
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

P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
							<input type="checkbox"/>
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano
							SNC
							CAP

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

☒ farmacista

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Posta elettronica certificata
		<input type="text"/>

Provincia ordine professionale Numero di iscrizione

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

☐ ulteriore farmacista

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Posta elettronica certificata
		<input type="text"/>

Provincia ordine professionale Numero di iscrizione

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

☐ ulteriore farmacista

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Posta elettronica certificata
		<input type="text"/>

Provincia ordine professionale Numero di iscrizione

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

☐ ulteriore farmacista

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Posta elettronica certificata
		<input type="text"/>

Provincia ordine professionale Numero di iscrizione

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

☐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)

Desio

Luogo

Data

il dichiarante