Allo **Sportello Unico Attività Produttive** del

Comune di _____

SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITÀ
FARMACIA

Il sottoscritto, Cognome: _____ Nome: _____

1. Dati azienda e rappresentante legale, ubicazione intervento, dati catastali:

Le informazioni sull'anagrafica dell'azienda, la localizzazione dell'intervento ed i dati catastali, vengono inserite, in fase di compilazione alla pratica, nelle schermate relative al soggetto richiedente e sono disponibili nel "Modello di riepilogo" della pratica.

DICHIARA

di rendere tutte le dichiarazioni contenute nella presente ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del citato decreto e a conoscenza che, ai sensi dell'articolo 75 del medesimo decreto, qualora, dal controllo delle dichiarazioni qui rese, emerga la non veridicità delle stesse, decadrà dai benefici della presente dichiarazione ed incorrerà nelle sanzioni penali.

SEGNALA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. ed in applicazione del combinato disposto della L.R. n. 17 dell'11/06/1999 e del D lgs n. 52/1992 come integrato dal D gs n. 219/2006

☐ A – AVVIO ATTIVITA' ☐ B – SUBINGRESSO ☐ C- VARIAZIONI ATTIVITA' ☐ D - CESSAZIONE

(QUADRO A)

L'APERTURA DI UNA FARMACIA

Il Sottoscritto, dichiara:

- di avere la disponibilità dei locali in quanto:
  - ☐ in proprietà
  - ☐ in affitto
  - ☐ altro (specificare): _____
    - ☐ da persona fisica: cognome e nome _____
    - ☐ da società: Denominazione _____

- che l'attività prevede nell'esercizio:
  - ☐ vendita ed erogazione al pubblico, in esercizio di vicinato, di farmaci e di ogni altra prestazione connessa alla salute del cittadino nell'ambito del servizio sanitario nazionale:

- di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente S.C.I.A

- il sottoscritto inoltre fornisce unitamente alla presente segnalazione le seguenti:
  - ☐ n. _____ attestazioni e asseverazioni di tecnici abilitati
  - ☐ dichiarazioni di conformità da parte dell'Agenzia delle imprese

PRESUPPOSTO PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

- ☐ di avere ottenuto il provvedimento regionale autorizzatorio per lapertura di un nuovo esercizio farmaceutico
- ☐ di essere in attesa di ottenere il provvedimento regionale autorizzatorio per l'apertura di un nuovo esercizio farmaceutico, in quanto azienda assegnataria di sede farmaceutica con decreto regionale n. del

REQUISITI STRUTTURALI, IGIENICO-EDILIZI ED URBANISTICI :

Si rinvia alle dichiarazioni, autocertificazioni e asseverazioni contenute nella SCIA o altro titolo abilitativo attivato per lo svolgimento dell'attività commerciale

REQUISITI IGIENICO SANITARI:

per l'esercizio dell'attività:

- ☐ si inoltra, unitamente alla presente, apposita Segnalazione Igienico-Sanitaria da sottoporre all'ASP di _____ ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004 sull'igiene dei prodotti alimentari;
- ☐ SCIA sanitaria presentata al S.U.A.P. in data _____

(QUADRO B)

IL SUB-INGRESSO IN UN ESERCIZIO DI FARMACIA

Il sottoscritto dichiara di essere subentrato alla ditta _____ a seguito di

_____

Acquisto, affitto ramo d'azienda, eredità

e che non intende apportare alcuna modifica alle strutture, agli impianti ed all'assetto produttivo che possano comportare variazioni sulla eventuale reg.ne sanitaria (REG CE n. 852/2004) sia sulle condizioni edilizie, urbanistiche e di destinazione d'uso che hanno determinato, a suo tempo, il rilascio dell'autorizzazione o la presentazione della DIA

DICHIARA

di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente S.C.I.A ed inoltre

ALLEGA

☐ Copia dell'atto di acquisto o di affitto del ramo di azienda o copia della dichiarazione di successione nonché del provvedimento regionale di autorizzazione alla variazione di titolarità della farmacia

(QUADRO C)

VARIAZIONE ATTIVITA'

☐ Il cambio del L.R. della società dal sig. _____

al sig. _____

☐ la variazione della natura giuridica e/o ragione sociale e/o denominazione della società

- da: _____
- a: _____

☐ la variazione della natura giuridica e/o ragione sociale e/o denominazione della società

- da: _____
- a: _____

☐ Il trasferimento al nuovo indirizzo: Via _____, n. _____

☐ le seguenti variazioni /modifiche alla denominazione, struttura e/o alla tipologia di attività esercitata

per come di seguito specificato: _____

_____

ALLEGA

☐ Copia del Provvedimento Regionale di autorizzazione alla variazione richiesta

(QUADRO D)

LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITA

Il sottoscritto autorizzato all'attività in base a :

☐ Autorizzazione/DIA/SCIA presentata a codesto Comune in data _____

Dichiara

di cessare l'attività in data _____ e deposita il titolo autorizzatorio

Verifiche e Controlli

Si allega la seguente documentazione :

☐ Copia del Provvedimento Regionale di autorizzazione alla apertura della farmacia
☐ Modulo SCIA Esercizio di vicinato

Sono stati compilati i quadri: ☐ **A** ☐ **B** ☐ **C** ☐ **D**

Data _____

Firma del segnalante

Riportare da tastiera il nominativo del firmatario → _____

Firmare anche con dispositivo di firma digitale

all. 1

DICHIARAZIONE
DA SOTTOSCRIVERE A CURA DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI)

Il sottoscritto, Cognome: _____ Nome: _____

Cod. Fiscale _____ Data di nascita _____ Cittadinanza _____

Sesso M ☐ F ☐ - Luogo di nascita: Stato _____ Provincia (__) Comune _____

- Residenza: Provincia (__) Comune _____ Via/P.zza _____

n. _____ C.A.P. _____ E-mail _____@ _____ - Tel.

_____ - cell. _____ Fax _____

DICHIARA

☐ Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dagli articoli 11 e 92 del T.U.L.P.S.;

☐ Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o sospensione di cui all'articolo 67 del Decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159";

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi o l'esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (articolo 76 del d.P.R. n. 445/2000).

Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e autorizza il trattamento dei dati forniti per l'espletamento delle funzioni istituzionali da parte del Comune.

Data _____

Il Dichiarante

Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →

_____
Firmare anche con dispositivo di firma digitale

all. 2

COMUNICAZIONE DEL SOGGETTO FISICO DESIGNATO ALL'INSERIMENTO ED AGGIORNAMENTO DEI DATI ANAGRAFICI AI SENSI DEL DECRETO 15/07/2004 " progetto tracciabilità del farmaco"

Il sottoscritto, Cognome: _____ Nome: _____

Cod. Fiscale _____ Data di nascita _____ Cittadinanza _____

Sesso M ☐ F ☐ - Luogo di nascita: Stato _____ Provincia (__) Comune _____

- Residenza: Provincia (__) Comune _____ Via/P.zza _____

n. _____ C.A.P. _____ E-mail _____@_____ - Tel. _____ - cell. _____ Fax _____ quale titolare/L.R. della ditta _____ con sede legale in via _____ n. _____

DESIGNA

☐ Il sig./sig.ra _____ nato/a _____

il _____ Codice Fiscale _____ 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 della Legge n. 248/2006

☐ Si impegna a dare immediata comunicazione scritta dell'eventuale rinuncia al presente incarico e del nuovo designato.

Data _____

Il Dichiarante

Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →

_____

Firmare anche con dispositivo di firma digitale

all. 3

MODALITA'ADOTTATE PER IDENTIFICARE L'APPOSITO REPARTO

Il sottoscritto, Cognome: _____ Nome: _____

Cod. Fiscale _____ Data di nascita _____ Cittadinanza _____

Sesso M ☐ F ☐ - Luogo di nascita: Stato _____ Provincia (__) Comune _____

- Residenza: Provincia (__) Comune _____ Via/P.zza _____

n. _____ C.A.P. _____ E-mail _____@_____ - Tel. _____ - cell. _____ Fax _____ quale titolare/L.R. della ditta _____ con sede legale in via _____ n. _____

COMUNICA

Le modalità che vengono adottate per identificare l'apposito reparto : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data _____

Il Dichiarante

Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →

_____

Firmare anche con dispositivo di firma digitale

all. 4

MODALITA'ADOTTATE PER LA CORRETTA CONSERVAZIONE DEI MEDICINALI

Il sottoscritto, Cognome: _____ Nome: _____

Cod. Fiscale _____ Data di nascita _____ Cittadinanza _____

Sesso M ☐ F ☐ - Luogo di nascita: Stato _____ Provincia (__) Comune _____

- Residenza: Provincia (__) Comune _____ Via/P.zza _____

n. _____ C.A.P. _____ E-mail _____@ _____ - Tel. _____ - cell. _____ Fax _____ quale titolare/L.R. della ditta _____ con sede legale in via _____ n. _____

Comunica

Le modalità che vengono adottate per la corretta conservazione dei medicinali: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Data _____

Il Dichiarante

Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →

_____

Firmare anche con dispositivo di firma digitale

Cronologia degli aggiornamenti del modello

Data	Modifica apportata	La modifica è sostanziale e comporta l'obbligo di ricompilazione in caso di utilizzo di versioni precedenti?
07/03/2018	Modifica riquadro sui presupposti per lo svolgimento dell'attività	Sì
27/06/2014	Revisione del modello per semplificazione modalità compilazione Modifiche formattazione e codifica	No