

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 |
|           |        |           |        |         |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |

|                    |                |                             |                               |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 |
|           |        |           |        |         |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |

|                |             |
|----------------|-------------|
| 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 |
|               |           |           |        |            |            |           |                          | <input type="checkbox"/> |     |

**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
- ☒ di essere in possesso del codice identificativo rilasciato dal Ministero della Salute

|        |      |
|--------|------|
| Numero | Data |
|        |      |

**DICHIARA INOLTRE**

che i farmacisti addetti al reparto sono

☒ **farmacista**

|                    |                |                             |                               |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale              |                               |
|                    |                |                             |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
|                    |                |                             |                               |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
|                    |                |                             |                               |

☐ **ulteriore farmacista**

|                    |                |                             |                               |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale              |                               |
|                    |                |                             |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
|                    |                |                             |                               |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
|                    |                |                             |                               |

|                                               |                |                             |                               |
|-----------------------------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ulteriore farmacista |                |                             |                               |
| Cognome                                       |                | Nome                        | Codice Fiscale                |
|                                               |                |                             |                               |
| Data di nascita                               | Sesso          | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
|                                               |                |                             |                               |
| Telefono cellulare                            | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
|                                               |                |                             |                               |

|                                               |                |                             |                               |
|-----------------------------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ulteriore farmacista |                |                             |                               |
| Cognome                                       |                | Nome                        | Codice Fiscale                |
|                                               |                |                             |                               |
| Data di nascita                               | Sesso          | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
|                                               |                |                             |                               |
| Telefono cellulare                            | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
|                                               |                |                             |                               |

|                                               |                |                             |                               |
|-----------------------------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ulteriore farmacista |                |                             |                               |
| Cognome                                       |                | Nome                        | Codice Fiscale                |
|                                               |                |                             |                               |
| Data di nascita                               | Sesso          | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
|                                               |                |                             |                               |
| Telefono cellulare                            | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
|                                               |                |                             |                               |

|                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Elenco degli allegati</b>                                                                                 |  |
| <i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> accettazione dell'incarico da parte del farmacista                       |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> planimetria dei locali destinati ad attività produttive                  |  |
| <input type="checkbox"/> altri allegati                                                                      |  |

|           |      |                |
|-----------|------|----------------|
| Vimercate |      |                |
| Luogo     | Data | il dichiarante |