

ATTENZIONE MODELLO DA UTILIZZARE SOLO SE NON È PRESENTE NEL SITO DEL COMUNE DI COMPETENZA IL CORRISPETTIVO

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE per VENDITA ON LINE DI MEDICINALI SENZA OBBLIGO DI PRESCRIZIONE ai sensi dell'art. 112-quarter del decreto legislativo 24 aprile 2006 n. 219 e s.m.i.

Spett.le SUAP COMUNI MONTANI APPENNINO
PISTOIESE (*Comuni di Abetone Cutigliano – San
Marcello Piteglio-Sambuca P.se*)

TRAMITE PORTALE REGIONALE STAR

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Cittadinanza italiana ovvero _____

in qualità di legale rappresentante titolare

dell'Impresa individuale /Società:

con sede nel Comune di _____ (Prov. ____) C.A.P. _____

in Via/Piazza _____ n. _____

Cod. Fisc. ditta |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| P.IVA |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Tel. _____ PEC (Posta Elettronica Certificata) _____

CHIEDE

IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE alla VENDITA ON LINE di medicinali senza obbligo di prescrizione medica mediate i servizi della società dell'informazione, presso il seguente sito logistico:

FARMACIA

ESERCIZIO COMMERCIALE di cui al D.L. 4/07/2006 n. 223 e s.m.i.

Denominazione _____

ubicato in Via/P.zza _____ n. _____ Comune di _____

CODICE UNIVOCO MINISTERO DELLA SALUTE _____

A tal fine il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che è in corso, presso il sito logistico sopra indicato, l'attività di vendita di medicinali al dettaglio;
- Che la data prevista di inizio attività di vendita a distanza tramite il servizio della società di informazione è la seguente _____ (*la data indicata deve tener conto dell'espletamento dell'intera procedura che si conclude con l'ottenimento del logo identificativo e il perfezionamento della pagina web*)

- L'indirizzo del sito **WEB** dedicato al commercio elettronico (*che deve contenere anche il protocollo di connessione **http o https***) previsto _____
- Dati del registrante del dominio: _____
- Dati del contatto amministrativo del dominio _____
- di essere personalmente responsabile di ogni violazione dei suddetti limiti e delle sanzioni amministrative e penali derivanti da ogni attività effettuata in contrasto con le disposizioni dettate all'art.112-quater del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i.;
- che il trasporto dei medicinali venduti on line avverrà nel rispetto delle linee guida in materia di buona pratica di distribuzione ai sensi dell'art. 112-quater, comma 10, D.Lgs n. 219/2006 e s.m.i.;
- Di essere consapevole che ogni cambiamento dei dati sopra riportati deve essere comunicato al SUAP entro 30 giorni, pena la decadenza dell'autorizzazione concessa;
- Di essere consapevole che la eventuale cessazione dell'attività di vendita di farmaci on line deve essere comunicata al SUAP, per evitare qualsiasi uso improprio del sito.
- Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy.** Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa (semplificata e dettagliata) esposta sul sito istituzionale del SUAP dell'Unione di Comuni Montani Appennino Pistoiese a cui è rivolta la presente istanza.

ALLEGA

- attestazione del pagamento dei diritti di segreteria e istruttoria SUAP
- Modulo per la dichiarazione di assolvimento dell'imposta di bollo
- copia del documento di identità del dichiarante (*non necessario se sottoscritto digitalmente dallo stesso*)
- Altro _____

Data e luogo

Firma del dichiarante

Allegare Documento di Identità se non firmato digitalmente