

**MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA VENDITA ONLINE
DI FARMACI SOP E OTC**

(da trasmettere esclusivamente tramite PEC)

Al Direttore Generale
ASL 5 Spezzina

protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE VENDITA ONLINE FARMACI SOP E OTC
(D.L. 219/2006 art.112 quater)**

Il sottoscritto :

Cognome/Nome.....

Data e luogo di nascita

Residenza(Comune,Via,n.,provincia).....

.....

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recapiti telefonici:.....

In qualità di rappresentante legale

CHIEDE

sotto la propria personale responsabilità ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze di decadenza dai benefici conseguiti, nei casi di dichiarazioni false o mendaci

(compilare a carattere stampatello leggibile)

L'autorizzazione alla vendita online di FARMACI SOP e OTC per l'esercizio:

FARMACIA

ESERCIZIO COMMERCIALE art.5 c. 1 DL 223/2006 e s.m.

Denominazione:.....

▪Ubicata a.....

(indicare comune, via e n° civico);

▪Con sede legale ovvero amministrativa nel Comune di.....

(prov.....) Via/Pz.....N.....;

▪Iscritta al registro Imprese della C.C.I.A.A. dial n.....;

▪Autorizzata con Atto n.del.....,(per le Farmacie)

▪ Estremi della comunicazione Ministero Salute/Comune/Regione per l'inizio dell'attività:

.....(per gli altri esercizi commerciali)

▪ Partita I.V.A. /Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODICE UNIVOCO

(Rilevabile dal portale del Ministero della salute)

Titolare/Direttore della Farmacia:_____ oppure

(Nome e Cognome a caratteri leggibili)

Farmacista Responsabile dell'Esercizio commerciale art.5 c. 1 DL 223/2006 e s.m. :

(Nome e Cognome a caratteri leggibili)

Dichiaro inoltre che:

1. l'indirizzo del sito web è.....

Data Creazione:

Data Scadenza:

2. i dati del registrante del sito sono:

Organizzazione:

Indirizzo:

Nazionalità:

Telefono:

Fax

E-Mail:

3. l'Amministratore del sito è (specificare nome/cognome e indirizzo).....
.....

Tel.

Fax

e- mail:

4. Contatti Tecnici

Nome:

Organizzazione:

Indirizzo:

Telefono:

E-Mail:

Data Creazione:

Data Aggiornamento:

5. **la data di inizio previsto** per l'attività di vendita a distanza al pubblico di medicinali sarà:

(gg/mm/aaaa)_____

(da ricordare che la data di inizio NON può essere precedente all'apposizione del logo identificativo nazionale sulle pagine web dedicate alla vendita online).

6. Il trasporto dei medicinali verrà effettuato nel rispetto delle Linee Guida di Buona distribuzione dei farmaci e di tutte le norme di legge vigenti, in particolare tale trasporto inizierà dal punto vendita autorizzato (farmacia/parafarmacia)

A tal fine, si allega la seguente documentazione

- **copia del codice fiscale,**
- **copia carta d'identità valida, firmata e datata ;**
- **visura camerale aggiornata.**

Il sottoscritto è consapevole che ogni cambiamento dei dati soprariportati non comunicato entro 30 giorni, comporterà la decadenza dell'autorizzazione concessa.

Data

Firma per esteso :

dr. _____ firma _____