

Fac-simile istanza di autorizzazione per la vendita *on line* di medicinali senza obbligo di ricetta medica (SOP e OTC).

All'ASP di Agrigento
Dipartimento del Farmaco
Area Gestione del Farmaco
UOS Vigilanza Farmacie
Viale della Vittoria 321

92100 AGRIGENTO

Oggetto: richiesta rilascio di autorizzazione della Regione Sicilia- Assessorato per la Salute- Dipartimento Pianificazione Strategica per la vendita *on line* di farmaci SOP e OTC – D.A. 613/2016.

Il/La sottoscritto/a (nome/cognome) nato/a il.....
a.....(Prov.).....e residente a.....in
Via.....n°.....CAP.....Tel.....Fax.....
Codice Fiscale.....in qualità di Amministratore / Legale
Rappresentante / Titolare della (Farmacia / Parafarmacia- Esercizio commerciale di cui
all'art. 5,comma 1, del D.L. 4 luglio 2006,n° 223, convertito in Legge 4 agosto 2006, n. 248)
denominata

.....
con sede legale in Vian. CAP.....nel Comune di.....
.....tel.....Fax C.F./ P.IVA.....
pec.....con la presente

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione della Regione Sicilia- Assessorato per la Salute- Dipartimento Pianificazione Strategica per la vendita *on line* di medicinali senza obbligo di prescrizione (SOP e OTC) di cui al D.A. 613/2016.

A tal'uopo ,ai sensi del D.P.R. 445/00 e successive integrazioni, in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dell'atto di notorietà, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o non corrispondenti al vero così come previsto dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del predetto decreto dichiara che (*indicare*) :

1. Denominazione, partita iva e indirizzo completo del sito logistico;
2. Data di inizio dell'attività di vendita a distanza al pubblico dei medicinali;

- 3. Indirizzo del sito web ed ogni informazione pertinente ad identificare tale sito (*dati del registrante del sito e dati del contatto amministrativo del sito*) ;**

Il/La sottoscritto/a è consapevole che ogni cambiamento delle informazioni trasmesse di cui ai punti precedenti, dovranno essere comunicati a quest’Ufficio entro 30 giorni, pena la decadenza dell’autorizzazione concessa;

Il/La sottoscritto/a allega alla presente la documentazione elencata:

- 1. Attestazione di ricevimento della S.C.I.A. rilasciata dal Comune di appartenenza attestante l’inizio dell’attività di Commercio elettronico;**
- 2. Attestazione di variazione di attività con inserimento del Commercio Elettronico rilasciato dalla Camera di Commercio ;**
- 3. Dichiarazione resa dal sistema informativo dell’Agenzia delle entrate riguardante l’inizio di attività;**
- 4. Dichiarazione di avvenuto adempimento delle disposizioni richieste dal Garante della privacy;**
- 5. Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28/ dicembre 2000 n. 445 (certificazione antimafia);**
- 6. Documento attestante il possesso del codice univoco rilasciato dal Ministero della Salute;**

Allega, altresì, copia di un valido documento di riconoscimento.

DATA...../...../.....

Timbro e Firma

.....

N.B. Informativa ai sensi dell’art.13 del D.Lgs 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.