



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	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
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	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
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

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura	
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP

### 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

### DICHIARA INOLTRE

che i farmacisti addetti al reparto sono

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

Provincia ordine professionale	Numero di iscrizione
--------------------------------	----------------------

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

Provincia ordine professionale	Numero di iscrizione
--------------------------------	----------------------

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

Provincia ordine professionale	Numero di iscrizione
--------------------------------	----------------------

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

Provincia ordine professionale	Numero di iscrizione
--------------------------------	----------------------

**ulteriore farmacista**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Provincia ordine professionale

Numero di iscrizione

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

planimetria dei locali destinati ad attività produttive

altri allegati (specificare)

Cologno Monzese

Luogo

Data

il dichiarante