**CESSAZIONE ATTIVITA’**

ATS …………………………………

……………………………………….

 Comune …………………………….

 (indicare il Comune in cui ha sede

 l’esercizio commerciale)

**Oggetto: Comunicazione in merito alla “Vendita dei farmaci da banco o prodotti non soggetti a prescrizione medica e/o dei farmaci di automedicazione e/o di farmaci veterinari negli esercizi commerciali”. Cessazione attività**

Il/La sottoscritta.………………………………………………………………………………………………...

Nato/a a ………………………….... il ……………… residente a………………………………………………..……(PR)…….. C.F…………………………..……………………………….

Titolare dell’esercizio commerciale denominato………………………………………………..………………….….

Con sede a ………………………………………………in via………………….………………….………………….

Iscrizione alla Camera di Commercio di ........................................................ al n……….........…….

n. REA ........................................P. IVA ……………………......................................................……………

Comunicazione inizio attività commerciale (SCIA) presso il SUAP

del Comune di ...........................................................................in data .................

*Recapiti dell’esercizio commerciale:*

Tel. ……………………………………………………Fax. …….....……………….………………

Indirizzo e-mail ……………………………………………………………………………………..…………………….

Indirizzo PEC .............................................................................................................................

C O M U N I C A

che il sopra descritto esercizio commerciale la **cui comunicazione di inizio attività** di ”Vendita dei farmaci da banco o prodotti non soggetti a prescrizione medica e/o dei farmaci di automedicazione e/o di farmaci veterinari negli esercizi commerciali” è stata **inviata a codesta ATS in data**….......

A decorrere dal .................................. cesserà le seguenti attività:

* vendita medicinali non soggetti a prescrizione medica (s.o.p.) appartenenti alla classe di cui all’art.8, comma 10, lettera c) della L. 24.12.1993 n.537 e s.m.i.
* vendita medicinali di automedicazione (o.t.c.),
* vendita medicinali veterinari,
* vendita preparati officinali sterili che non prevedono presentazione di ricetta medica,
* vendita preparati officinali non sterili su scala ridotta che non prevedono presentazione di ricetta medica.

Comunica inoltre di aver provveduto a informare il Ministero della Salute per l'annullamento del codice di tracciabilità in data ………

……………………………………… li …………………..……………..

(timbro e firma)

 ……….………………..