**TRASFERIMENTO/MODIFICA LOCALI**

ATS ………………………….

………………………………..

e, p.c. : Ministero della Salute

Dipartimento Farmacovigilanza

Via Giorgio Ribotta, 5

00144 ROMA

 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”. Trasferimento/modifica locali.**

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….......

si trasferirà in nuovi locali ubicati in Via ………………………………………………………………….…

del Comune di ………………………………………………………. su una superficie di vendita di mq………...….

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di falsità contenute in dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà,

# D I C H I A R A

che il locale individuato per la vendita dei farmaci e dei prodotti è in possesso dei requisiti previsti dai DM Salute 09/03/2012, 08/11/2012 e 19/10/2012 e della DGR n. 3271 del 04.10.2006 (“Indicazioni in materia di vendita dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica negli esercizi commerciali”)

 ……………………………..……… li…………………….……………..

(timbro e firma)

 ……….………………..

**Allegati:**

* **copia della Carta d’Identità del dichiarante;**

**SOLO PER ATS:**

* **planimetria dell’esercizio commerciale con indicati i RAI e le destinazione d’uso dei singoli locali, datata e firmata da tecnico abilitato (in caso di corner all'interno di esercizi commerciali visualizzare il reparto nella planimetria generale),**
* **certificazioni (agibilità, conformità degli impianti) sottoscritte dal professionista abilitato.**