**Al Direttore Generale**

 **ATS della Brianza**

 **Viale Elvezia, 2**

 **Monza –MB-**

*via pec: protocollo@pec.ats-brianza.it*

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE VENDITA MEDICINALI ON LINE**

**(EX ART. 112-QUATER Dlvo 219/2006-nota MS 3799 del 26/01/2016)**

Il sottoscritto Sig./Dr. .……………………………………………………………………………….

nato a………………………………….………………il…………………………………………….

e residente a………………………………………..in via………………………………………….

In qualità di:

□ Titolare/Direttore di Farmacia/Legale Rappresentante

□ Legale rappresentante di esercizio commerciale di cui all’art. 5 c.1 DL 223/2006 convertito con modificazioni dalla legge 04/08/2006 n. 248

Denominata/o ………………………………………………………………………………………..

**CHIEDE**

di essere autorizzato alla vendita on line di medicinali previsti dall’art. 112 quater D lvo 219/2006.

A tale fine, consapevole di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e mendaci,

DICHIARA CHE:

1. La Farmacia/sito commerciale è in possesso di partita iva n. ………………………………………………………………………………………………
2. La Farmacia/sito commerciale si trova in via…………………………………………………….……………n. …..…………………..

Comune di…………………………………………………

1. La farmacia/esercizio commerciale è in possesso del codice univoco n………………………………..…………… assegnato da Ministero della Salute (\*).
2. L’indirizzo del sito web completo utilizzato per la vendita on line di medicinali è il seguente …..………………………………………………………………………………
3. Le informazioni identificative del sito sono le seguenti:

 Dati del registrante ……………………………………………………………………

E-mail …………………………………………………………………………………….

Telefono …………………………………………………………………………………

Indirizzo sede legale ………………………………………………………………......

 Contatto amministrativo del sito *(nome e cognome)* ……………………………….

 6. La seguente data di inizio dell’attività di vendita a distanza al pubblico di medicinali mediante i servizi della società dell’informazione (\*\*) …………………………………………………………………………………………………… (gg/mm/aaaa)

Il sottoscritto Sig./Dr. …………………………………………………. è consapevole che:

* la vendita on line di medicinali oggetto della presente istanza non potrà iniziare se non dopo aver ottenuto l’autorizzazione da parte della ATS, aver effettuato la registrazione nell’elenco delle farmacie/esercizi autorizzati alla vendita on line dei medicinali senza l’obbligo di prescrizione presso il Ministero della Salute e aver ottenuto apposito logo dal Ministero della Salute
* di essere tenuto a comunicare, entro trenta giorni, qualsiasi modifica dei suddetti elementi a pena la decadenza dell’autorizzazione
* la vendita online è espressamente esclusa per i medicinali con obbligo di prescrizione medica i quali devono essere dispensati, secondo la vigente normativa, solamente in farmacia dal farmacista.

Data…………………………..…….. Firma………………………………..

Si allega:

* Copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore datata e firmata;

**INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE -** Si informa che:

* tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell’Unione Europea;
* il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
* il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
* l’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it ;
* l’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l’ATS e/o consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo: [https://www.ats-brianza.it](https://www.ats-brianza.it/it/altri-contenuti/271-altri-contenuti-dati-ulteriori.html#privacy) - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy;*
* Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è la società LTA S.r.l. (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell’espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it.

**Data…………………………..…….. Firma………………………………..**

**(\*)** *Il codice univoco è consultabile sul sito “Open data” del Ministero della Salute.*

**(\*\*)** *La presunta data di inizio attività deve consentire l’emissione della delibera di autorizzazione da parte dell’ATS (30 giorni) ed il rilascio del logo da parte del Ministero, pertanto si consiglia di considerare circa 60 giorni dalla data di presentazione dell’istanza.*