

**OGGETTO: comunicazione di inizio attività per la vendita dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica negli esercizi commerciali.**

**AL MINISTERO DELLA SALUTE**  
Direzione Generale dei Farmaci e dei  
Dispositivi Medici  
Lungotevere Ripa, 1  
00153 ROMA

**ALLA REGIONE TOSCANA**  
Direzione Generale Diritto alla Salute e  
Politiche di Solidarietà  
Settore Farmaceutica  
Via T. Alderotti, 26/n  
50139 FIRENZE

**AZIENDA USL TOSCANA CENTRO**  
Servizio Farmaceutico  
Piazza Santa Maria Nuova n. 1  
FIRENZE

**AL COMUNE ABETONE CUTIGLIANO**  
Ufficio Attività Produttive  
Piazza Umberto I° n. 1  
51024 Abetone Cutigliano (PT)

**AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO**  
Via del Tritone, 181  
00187 ROMA

Il/la sottoscritto/a\* \_\_\_\_\_  
nato/a\* \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il\* \_\_\_\_\_  
residente in\* \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
via/p.zza\* \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \* \_\_\_\_\_

in qualità di\*:

Titolare della omonima ditta individuale con sede in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
via/P.za \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_ iscritta  
dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ del Registro Imprese della  
Camera di Commercio di \_\_\_\_\_

Legale rappresentante della società \_\_\_\_\_ con  
sede in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
via/P.za \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.F./P.I. \_\_\_\_\_ iscritta  
dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ del Registro Imprese della  
Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ esercente l'attività di  
vendita al dettaglio:

- nell'esercizio di vicinato
- nella media struttura di vendita

ubicato in Abetone Cutigliano (PT) via/p.zza\* \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 all'insegna\* \_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_  
 fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### COMUNICA

- che dal\* \_\_\_\_\_ inizierà l'attività di vendita al pubblico di farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'art. 9 bis D.L. 18/09/2001 n° 347, convertito con modificazioni dalla Legge 16/11/2001 n° 405 e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica, ai sensi e per gli effetti del D.L. 04/07/2006 n° 223 convertito con modificazioni dalla Legge 04/08/2006 n° 248;
- che la superficie di vendita del reparto è di mq.\* \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni del Codice Penale e delle leggi speciali in materia stabilite in caso di attestazioni e mendaci dichiarazioni, avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 D.P.R. n° 445/2000, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

- che l'esercizio commerciale sopra indicato è compreso tra quelli indicati nell'art. 4, comma 1 lettera d) e) f) d. lgs. 31/03/1998 n° 114;
- che la vendita dei farmaci e dei prodotti succitati sarà effettuata in apposito reparto, alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di un farmacista abilitato all'esercizio della professione ed iscritto al relativo Ordine, secondo quanto espressamente previsto dall'art. 5 D.L. 04/07/2006 n° 223 come modificato dalla legge di conversione 04/08/2006 n° 248 nonché dalle disposizioni normative vigenti in materia di farmaci;
- che il/i farmacista/i, abilitato/i all'esercizio della professione, è/sono:

Dr./Dr.ssa\* \_\_\_\_\_ nato/a a  
 \* \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il\* \_\_\_\_\_ C.F.\*  
 \* \_\_\_\_\_ iscritto/a all'Albo professionale dei farmacisti della  
 provincia di\* \_\_\_\_\_ dal\*  
 \_\_\_\_\_ con il numero\* \_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa\* \_\_\_\_\_ nato/a a\*  
 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il\* \_\_\_\_\_ C.F.\*  
 \_\_\_\_\_ iscritto/a all'Albo professionale dei farmacisti della  
 provincia \_\_\_\_\_ di\*  
 \_\_\_\_\_ dal\* \_\_\_\_\_ con il  
 numero \* \_\_\_\_\_

- che gli eventuali addetti alla vendita di prodotti parafarmaceutici nel reparto sono:

Sig./Sig.ra\* \_\_\_\_\_  
 nato/a a\* \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il\* \_\_\_\_\_  
 C.F.\* \_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra\* \_\_\_\_\_

nato/a a\* \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il\* \_\_\_\_\_  
C.F.\* \_\_\_\_\_

- che le comunicazioni in caso di ritiri, sequestri, revoche di lotti di farmaci ai sensi dell'art. 133 d. lgs. 24/04/2006 n° 219, dovranno essere inviate al Dr./ Dr.ssa\* \_\_\_\_\_ fax n° \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_
- di impegnarsi a comunicare:
  - le eventuali sostituzioni dei farmacisti incaricati entro il termine di trenta giorni dall'avvenuta sostituzione;
  - l'eventuale modifica relativa all'ubicazione dei locali ove è inserito il reparto dedicato alla vendita di farmaci entro il termine di trenta giorni dall'avvenuta modifica.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

Allega:

1. Fotocopia documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

## **Informativa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679 e della normativa nazionale**

Il Comune di Abetone Cutigliano, in qualità di titolare (con sede in Piazza Umberto I°, 51024 Abetone Cutigliano (PT) - P.IVA 01906470479; PEC: abetonecutigliano@postacert.toscana.it; Centralino: 057368881), tratterà i dati personali conferiti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici.

Il conferimento dei dati presenti nei campi contrassegnati da asterisco (\*) o altro elemento distintivo dei vari servizi comunali è obbligatorio e il loro mancato inserimento non consente di procedere con l'elaborazione dell'istanza e/o la fornitura del servizio. Per contro, il rilascio dei dati presenti nei campi non contrassegnati da asterisco, pur potendo risultare utile per agevolare la gestione della procedura e la fornitura del servizio, è facoltativo e la loro mancata indicazione non pregiudica il completamento della procedura stessa. Il Comune di Abetone Cutigliano gestisce numerosi servizi, con varie modalità e per ognuno di essi variano la tipologia dei dati richiesti e le finalità di raccolta.

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'erogazione della prestazione o del servizio e, successivamente alla conclusione del procedimento o del servizio erogato, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno comunicati a terzi e diffusi nei soli casi previsti dalla vigente normativa generale o di settore ed indicati nell'informativa dettagliata di ogni servizio.

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i **diritti**:

- di richiedere maggiori informazioni in relazione ai contenuti della presente informativa
- di accesso ai dati personali;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (nei casi previsti dalla normativa);
- di opporsi al trattamento (nei casi previsti dalla normativa);
- alla portabilità dei dati (nei casi previsti dalla normativa);
- di revocare il consenso, ove previsto; la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca;
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy);
- di dare mandato a un organismo, un'organizzazione o un'associazione senza scopo di lucro per l'esercizio dei suoi diritti;
- di richiedere il risarcimento dei danni conseguenti alla violazione della normativa.

Potrà inoltre contattare il Responsabile della protezione dei dati (Dott. Stefano Paoli) (e-mail: [stefano.paoli@centrostudentilocali.it](mailto:stefano.paoli@centrostudentilocali.it) ; [studiopaoli.s@pec.it](mailto:studiopaoli.s@pec.it))

Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo secondo le procedure previste.