



Modello di domanda di autorizzazione alla vendita *on line* di medicinali senza obbligo di prescrizione ai sensi dell'art.112-*quater*, comma 3, D.Lgs n. 219 e s.m.i.

Raccomandata A/R – PEC

Applicare
MARCA DA BOLLO
(€16,00) secondo le vigenti
disposizioni in materia

Al Servizio Farmaceutico Territoriale
Azienda ULSS n. _____

(Indirizzo sede)

o

PEC: _____

(indicare la AULSS di appartenenza della
farmacia/"parafarmacia")

Oggetto: Domanda di autorizzazione alla vendita *on line* di medicinali senza obbligo di prescrizione ai sensi del comma 3 dell'art.112-*quater* del decreto legislativo 24 aprile 2006 n. 219 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. di _____ in via _____

In qualità di titolare/rappresentante legale della ditta/società

CF/Partita IVA
n. REA presso CCIAA
telefono..... fax.....
e-mail Indirizzo PEC

chiede

il rilascio dell'autorizzazione alla vendita *on line* di medicinali senza obbligo di prescrizione medica mediante i servizi della società dell'informazione, presso il seguente sito logistico:

- Farmacia
- Esercizio Commerciale di cui al decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito con modificazioni dalla legge n. 248/2006

Denominata/o
Ubicata/o in (*indicare l'indirizzo completo del sito logistico*).....
in possesso del seguente Codice univoco assegnato dal Ministero della Salute

se diverse da quanto sopra indicato, riportare le seguenti informazioni proprie del sito logistico:

telefono..... fax.....
e-mail Indirizzo PEC

altro

a tal fine dichiara

- che è in corso, presso il sito logistico sopra indicato, l'attività di vendita di medicinali al dettaglio:
- che la data di inizio attività di vendita a distanza tramite il servizio della società dell'informazione è la seguente ____/____/_____ ***
- l'URL dell'indirizzo web dedicato al commercio elettronico (che deve contenere anche il protocollo di connessione (http o https) previsto: es: "http://www.sitowebdiesempio.it")

_____ *Dati del registrante del dominio:*

Organizzazione _____

Indirizzo _____

Nazionalità _____

Telefono _____ Fax _____

Data creazione _____

Dati del contatto amministrativo del dominio:

Nome _____

Organizzazione _____

Indirizzo _____

Nazionalità _____

Telefono _____ Fax _____

Data creazione _____

- che il trasporto dei medicinali venduti *on line* avverrà nel rispetto delle linee guida in materia di buona pratica di distribuzione ai sensi dell'art. 112-*quater*, comma 10, D.Lgs n. 219/2006 e s.m.i.;

si impegna

a comunicare tempestivamente a codesta AULSS:

- entro trenta giorni, ogni modifica intervenuta delle condizioni sopra riportate, pena la decadenza dell'autorizzazione ai sensi dell'art. 112-*quater*, comma 5, D.Lgs n. 219/2006 e s.m.i.;
- l'eventuale cessazione dall'attività di vendita di farmaci *on line*, per evitare qualsivoglia uso improprio del sito;

dichiara altresì

- di essere personalmente responsabile di ogni violazione dei suddetti limiti e delle sanzioni amministrative e penali derivanti da ogni attività effettuata in contrasto con le disposizioni dettate all'art.112-*quater* del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i.;
- di essere a conoscenza:
 - a. di essere penalmente sanzionabile in caso di false dichiarazioni (art.76 del DPR 445 del 28/12/2000 e s.m.i.);
 - b. di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base di false dichiarazioni (art.75 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.);
 - c. che i dati personali conferiti in tale ambito saranno trattati anche mediante modalità informatiche e telematiche, al fine di consentire il compimento delle operazioni per le quali la presente comunicazione viene resa (art.13 del decreto legislativo 196/2003 e s.m.i.);

• *in caso di invio tramite PEC:*

- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00: a comprova, indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:
 - data e ora di emissione _____
 - identificativo n. _____
- di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa
- di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli da parte della AULSS.

Il/La sottoscritto/a allega copia leggibile del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data/...../.....

Firma

(per esteso, leggibile)

*** *La data indicata deve tener conto dell'espletamento dell'intera procedura che si conclude con l'ottenimento del logo identificativo e il perfezionamento della pagina web*

N.B. *La domanda di autorizzazione va correlata al singolo sito logistico (no domanda cumulativa in caso di Società titolari di più farmacie/esercizi commerciali)*