

## SCHEMA AVVIO PROCEDIMENTO AL SUAP (con anagrafica dell'interessato)

Il/la Sottoscritto/a: Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita - Stato: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

Residenza: Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

via, piazza: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_ int.: \_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

*nella sua qualità di:* **Titolare dell'omonima impresa individuale:**

Partita IVA (se già iscritto): \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Via, Piazza, ecc: \_\_\_\_\_ N.: \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_;

 **Legale rappresentante della Società/ Associazione/ Ente/ etc:**

Denominazione o ragione sociale: \_\_\_\_\_

Cod. fiscale: \_\_\_\_\_ Partita IVA (se diversa da codice fiscale): \_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Via, Piazza, ecc: \_\_\_\_\_ N.: \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_;

 **Titolare di permesso di soggiorno/carta di soggiorno (solo per cittadini stranieri):** rilasciato da Questura di:

\_\_\_\_\_ con n.: \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

valido fino a: \_\_\_\_\_ per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

di cui si allega la copia informatica in formato PDF/A, acquisita tramite scansione della fotocopia del documento in originale e sottoscritta con firma autografa dell'interessato.

 N° iscrizione Registro Imprese (se già iscritto): \_\_\_\_\_ CCIAA di: \_\_\_\_\_

Codice ISTAT: \_\_\_\_\_

 Se non ancora iscritto/a. In tal caso l'iscrizione deve avvenire entro 30 giorni dall'inizio dell'impresa (art.2196 c.c.)

Ai fini della presente istanza, composta da tutti i moduli compilati e dai documenti allegati, al SUAP il/la sottoscritto/a dichiara:

**1) di essere consapevole** delle conseguenze amministrative e penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci o di false attestazioni.

**2) di essere stato/a informato/a**, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono richiesti.

**Trasmette:**

(BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)

**Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA)**

**Comunicazione**

**Richiesta di Autorizzazione**

**Relativa a:**

**1) Settore di attività(1):** \_\_\_\_\_

**2) Tipo di attività (1):** \_\_\_\_\_

**3) Procedimento (1):** \_\_\_\_\_

(2)Nome e cognome del dichiarante

Luogo della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Data della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Il presente documento viene sottoscritto con firma digitale:

del soggetto dichiarante,

del soggetto delegato alla sottoscrizione digitale dell'istanza a seguito della allegata delega.

a)La sottoscrizione digitale dei documenti è effettuata con firma digitale in corso di validità presso un'Autorità di Certificazione costituitasi ai sensi delle norme italiane vigenti

b) Tale firma digitale non deve essere oggetto di alcun provvedimento di revoca e deve coerente con il ruolo esercitato del sottoscrittore.

*Per ciascuno dei soggetti interessati all'istanza viene riportata la copia informatica in formato PDF/A della fotocopia del documento d'identità in corso di validità nel momento della sottoscrizione del presente segnalazione / comunicazione e recante firma autografa dell'interessato.*

**NOTE:**

(1) Consultare il sito internet istituzionale del SUAP Comunale

(2) in caso di presenza di ulteriori soggetti interessati al presente procedimento, questi vengono elencati nella tabella sotto riportata, in modo da farne parte integrante:

**ELENCO DEI SOGGETTI INTERESSATI ALLA PRESENTE ISTANZA**

	COGNOME	NOME	QUALIFICA <i>(titolare, amministratore, ecc)</i>	RIF. AL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO ALLEGATO
1	_____	_____	_____	
2	_____	_____	_____	
3	_____	_____	_____	
4	_____	_____	_____	
5	_____	_____	_____	
6	_____	_____	_____	
7	_____	_____	_____	
8	_____	_____	_____	
9	_____	_____	_____	
10	_____	_____	_____	

## PROCURA SPECIALE PER LA PRESENTAZIONE TELEMATICA DELL'ISTANZA AL SUAP

Il/la sottoscritto/a **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_  
come meglio definito nel modulo APS - Avvio procedimento al SUAP, riportato nella presente istanza,

*dichiara*

A) di conferire a

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

in qualità di (notaio, intermediario, professionista incaricato, ecc.): \_\_\_\_\_  
procura speciale per la sottoscrizione digitale e la presentazione telematica della segnalazione/ comunicazione,  
con riferimento al procedimento/ oggetto della presente istanza.

Agenzia per le imprese (*generalità*): \_\_\_\_\_  
costituita ai sensi della legge 6 agosto 2008, n°133, in qualità di soggetto con funzione di natura istruttoria e  
asseverazione nei procedimenti amministrativi del SUAP (DPR 7 settembre 2010, n°160 )

B) di aver verificato i contenuti dell'istanza relativa al presente procedimento e dei documenti ad essa allegati  
e di attestare - ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevoli delle responsabilità penali  
di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e all'art. 19 comma 6 della L. 241/90 e s.m.i. per le ipotesi di  
falsità in atti e dichiarazioni mendaci - la veridicità della stessa e la corrispondenza degli allegati della  
suddetta pratica alla documentazione presentata al soggetto intermediario.

C) di essere a conoscenza che nel caso in cui la notifica presentata non sia completa di tutti gli elementi  
obbligatori, è ritenuta irricevibile e di non essere, pertanto, legittimata l'attività segnalata.

D) di essere a conoscenza che la notifica (vedi disciplina della SCIA), ai sensi dell'art. 19 Legge 241/90 come  
sostituito dall'art. 49, comma 4-bis della Legge 30 luglio 2010 n. 122 e s.m.i. consente di eseguire  
immediatamente l'intervento segnalato.

E) di eleggere domicilio speciale, per tutti gli atti e le comunicazioni inerenti il procedimento amministrativo,  
presso l'indirizzo di posta elettronica del soggetto che provvede alla trasmissione telematica, a cui viene  
conferita la facoltà di eseguire eventuali rettifiche di errori formali inerenti la modulistica elettronica.

F) di voler ricevere in copia le medesime comunicazioni anche al proprio indirizzo di posta elettronica.

G) di essere consapevole che i propri dati saranno trattati, anche con strumenti elettronici, nel rispetto delle  
prescrizioni del D. Lgs. 196/2003, che il titolare del trattamento è il SUAP competente per il proprio  
territorio, destinatario dell'istanza trasmessa in via telematica e che il soggetto cui è conferita procura speciale  
è incaricato del trattamento stesso.

Luogo della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Data della dichiarazione: \_\_\_\_\_

(1) Nome e cognome del dichiarante

\_\_\_\_\_

*Per ciascuno dei soggetti interessati alla procura speciale viene riportata la copia informatica in formato PDF/A della fotocopia del documento d'identità  
in corso di validità al momento della presentazione della segnalazione/ comunicazione. Tale fotocopia reca la firma autografa dell'intestatario*

ASMESUAP



NOTE:

(1) in caso di presenza di ulteriori soggetti interessati al conferimento della procura speciale, questi vanno elencati nella tabella sotto riportata (Elenco dei soggetti interessati alla procura speciale), in modo da farne parte integrante.

**ELENCO DEI SOGGETTI INTERESSATI ALLA PROCURA SPECIALE**

	COGNOME	NOME	QUALIFICA <i>(titolare, amministratore, ecc)</i>	RIF. AL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
1	_____	_____	_____	
2	_____	_____	_____	
3	_____	_____	_____	
4	_____	_____	_____	
5	_____	_____	_____	
6	_____	_____	_____	
7	_____	_____	_____	
8	_____	_____	_____	
9	_____	_____	_____	
10	_____	_____	_____	
11	_____	_____	_____	
12	_____	_____	_____	

AVVERTENZE: Il presente modello completo in tutte le sue parti va compilato per tutti i soggetti interessati all'istanza e va sottoscritto con firma digitale dal soggetto incaricato di procura speciale e va annesso ai file che compongono l'istanza.

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

Colui che, in qualità di procuratore, trasmette al SUAP, tramite proprio indirizzo di posta elettronica certificata - PEC, la copia informatica del presente documento all'interno della raccolta di file relativi all'istanza telematica, sottoscritta con propria firma digitale, consapevole delle responsabilità penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

- 1) ai sensi dell'art. 46. 1 lett. U) del DPR 445/2000 di agire in qualità di procuratore speciale in rappresentanza del/dei soggetto/i che hanno apposto la propria firma autografa nel riquadro soprastante.
- 2) che le copie informatiche degli eventuali documenti non notarili trasmessi in allegato all'istanza corrispondono ai documenti consegnabili dai titolari per l'avvio del procedimento amministrativo.
- 3) che tutta la documentazione cartacea è conservata in copia presso gli archivi del procuratore speciale al fine di essere esibita, su richiesta, al Comune.

*Generalità (Nome - Cognome)  
del Procuratore Speciale Incaricato*

Luogo della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Data della dichiarazione: \_\_\_\_\_

*Inoltre il soggetto delegato alla sottoscrizione digitale con il presente atto di conferimento ed accettazione di tale delega dichiara che la firma digitale all'uopo utilizzata al momento della sottoscrizione di tutti i documenti oggetti dell'istanza:*

- 1) *è in pieno corso di validità, presso una Autorità di Certificazione costituitasi ai sensi delle norme italiane vigenti;*
- 2) *non è oggetto di alcun procedimento di revoca ed e' coerente con il ruolo esercitato dal sottoscrittore.*

Sportello Unico per le Attività Produttive del Comune di: _____ (prov.____)		Modulo VA02
<b>Procedimento oggetto dell'istanza</b>		
Tipo di attività	Procedimento concernente l'atto finale	
Vendita al pubblico di farmaci da banco o di automedicazione	AVVIO ATTIVITA'	
<b>Tipologia di istanza al SUAP</b>		
<input type="checkbox"/> SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'	<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAZIONE	<input type="checkbox"/> RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

come meglio definito nel modulo APS - Avvio procedimento al SUAP, riportato nella presente istanza, esercente l'attività di vendita al dettaglio

- nell'esercizio di vicinato  
 nella media struttura di vendita

ubicato in (piazza,via,..): \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_), 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;



<input type="checkbox"/> SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'	<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAZIONE	<input type="checkbox"/> RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE
--	---	--

- che il/i farmacista/i, abilitato/i all'esercizio della professione, è/sono:

1. Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Albo professionale dei farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ con il numero \_\_\_\_\_

2. 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:

1. Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

2. Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

- di impegnarsi a comunicare:
- e 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.

<input type="checkbox"/> <b>SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>COMUNICAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE</b>
---	--	---

Il sottoscritto autorizza gli enti in indirizzo al trattamento dei dati personali nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n° 675/1996.,

*Documenti informatici che vengono allegati (barrare il codice documento e inserire il nome del file)*

Codice DOCUMENTO	DESCRIZIONE	NOTE	NOME FILE
<input type="checkbox"/> <b>D01</b>	Fotocopia documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D02</b>	Comunicazione del soggetto responsabile dell'inserimento ed aggiornamento dei dati anagrafici ai sensi del Decreto 15 luglio 2004 "Progetto Tracciabilità del Farmaco"		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D03</b>	Modalità adottate per la corretta conservazione dei medicinali.		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D04</b>	Modalità adottate per la corretta conservazione dei medicinali.		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D05</b>	_____ _____		_____ .pdf

Firma autografa delle'esibente

Luogo della segnalazione: \_\_\_\_\_

Data della segnalazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il presente documento viene sottoscritto con firma digitale in corso di validità :

- del soggetto dichiarante,
- del soggetto delegato alla sottoscrizione digitale dell'istanza a seguito della allegata delega.

Ulteriori Comunicazioni:

Alla presente segnalazione viene allegata la copia informatica in formato PDF/A della ricevuta di pagamento degli oneri amministrativi previsti, che viene conservata in originale dall'esibente.

Il pagamento dell'imposta di bollo per la presente segnalazione è stato effettuata con l'acquisto di marche da bollo aventi i seguenti identificativi: \_\_\_\_\_, che vengono annullate, e conservate da parte dell'esibente.

<input type="checkbox"/> SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'	<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAZIONE	<input type="checkbox"/> RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE
--	---	--

**ALLEGATO**

Comunicazione del soggetto fisico designato all’inserimento ed all’aggiornamento dei dati anagrafici ai sensi del Decreto 15.7.2004 “Progetto Tracciabilità del Farmaco “.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ titolare della comunicazione inizio attività di vendita al pubblico dei farmaci ai sensi dell’art.5 della Legge 4.8.2006 n. 248 di conversione, con modifiche, del D.L.4.7.2006 n. 223, di cui il presente documento costituisce allegato 1,

**DICHIARA**

Il sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

è designato quale responsabile della comunicazione informatica attraverso il sito internet del Ministero della salute per quanto attiene all’inserimento dei dati anagrafici e delle successive modifiche ed integrazioni relative agli esercizi commerciali di cui il sottoscritto è titolare ed attraverso i quali viene svolta la comunicata distribuzione di farmaci.

Firma autografa delle’esibente

Luogo della segnalazione: \_\_\_\_\_

Data della segnalazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Modalità adottate per identificare l’apposito reparto (descrivere le modalità) ALLEGATO 3
- Modalità adottate per la corretta conservazione dei medicinali (descrivere le modalità)