

**Parafarmacie- Comunicazione obbligatoria inizio/cessazione attività farmacisti, organico e nominativo del farmacista responsabile ai sensi DM 9 marzo 2012 e smi**

AL **DIPARTIMENTO DEL FARMACO SOS VIGILANZA SULLE FAR**  
**AMBITO di (barrare)  - EMPOLI  - FIRENZE  - PISTOIA  - PRATO**  
[farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it)

ALL' **ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI \_\_\_\_\_**

ALLA **REGIONE TOSCANA - DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE**  
**SETTORE POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI MEDICI**  
[regione.toscana@postacert.toscana.it](mailto:regione.toscana@postacert.toscana.it)

IL sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in  
qualità di titolare/legale rappresentante della Ditta denominata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via  
/pzza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ PIVA/ COD FISC  
\_\_\_\_\_

**COMUNICA CHE**

Presso l'esercizio commerciale denominato \_\_\_\_\_

Sito in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via /pzza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

In possesso del codice identificativo ministeriale (codice univoco) \_\_\_\_\_ che dalla  
data \_\_\_\_\_ effettua/effettuerà la vendita di medicinali ai sensi dell'art 5 L. 248/06

**IL DOTT./DOTTORESSA:**

**1.** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Iscritto all'ordine di \_\_\_\_\_ num. \_\_\_\_\_

inizia l'attività dal \_\_\_\_\_ con il seguente orario settimanale (giorni ed orario:  
\_\_\_\_\_

mansione  responsabile  
 responsabile farmacovigilanza  
 collaboratore

cessa attività dal \_\_\_\_\_

**2.** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Iscritto all'ordine di \_\_\_\_\_ num. \_\_\_\_\_

inizia l'attività dal \_\_\_\_\_ con il seguente orario settimanale (giorni ed orario:  
\_\_\_\_\_

mansione  responsabile  
 responsabile farmacovigilanza  
 collaboratore

cessa attività dal \_\_\_\_\_

3. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Iscritto all'ordine di \_\_\_\_\_ num. \_\_\_\_\_

inizia l'attività dal \_\_\_\_\_ con il seguente orario settimanale (giorni ed orario:

\_\_\_\_\_

mansione

- responsabile  
 responsabile farmacovigilanza  
 collaboratore

cessa attività dal \_\_\_\_\_

4. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Iscritto all'ordine di \_\_\_\_\_ num. \_\_\_\_\_

inizia l'attività dal \_\_\_\_\_ con il seguente orario settimanale (giorni ed orario:

\_\_\_\_\_

mansione

- responsabile  
 responsabile farmacovigilanza  
 collaboratore

cessa attività dal \_\_\_\_\_

### A tal fine dichiara

1) che l'attuale orario dell'esercizio commerciale è il seguente (indicare giorni e fasce orarie):

\_\_\_\_\_

2) che durante tutto l'orario di apertura dell'esercizio commerciale è sempre presente un farmacista

3) altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegati: 1)** autodichiarazione iscrizione ordine Professionale dei farmacisti e **2)** copia codici fiscali

Li \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**Firma titolare/ legale rappresentante**

\_\_\_\_\_

### NOTE

1. La presente deve essere inoltrata successivamente alla comunicazione obbligatoria prevista nell'ambito della "tracciabilità del farmaco" e in anticipo sull'avvio dell'attività dell'esercizio commerciale ed ogni qual volta intervengano modifiche sull'assetto del personale farmacista e del farmacista responsabile

2. Il titolare deve comunicare con tempestività la data di cessazione. La mancata ottemperanza si configura in "Illecito Amministrativo", sanzionato ai sensi dell'art. 358 T.U.L.S. come modificato con D.l.vo 196/99 e Art. 358, T.U.L.S e dalla Legge 689/81, art. 32.

3. La cessazione del servizio non può essere comunicata contestualmente a quella di inizio pertanto deve essere effettuata ulteriore comunicazione per la data di fine servizio