

ALLA REGIONE

AL MINISTERO DELLA SALUTE

PIAZZALE INDUSTRIA, 20 – 00144 ROMA

ALL'AGENZIA DEL FARMACO

VIA DELLA SIERRA NEVADA, 60 – 00144 ROMA

ALLA AZIENDA SANITARIA LOCALE

SEDE DI _____

ALLO SPORTELLO UNICO DELLE ATTIVITÀ PRODUTTIVE

COMUNE DI _____

**E.P.C. ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI _____**

CESSAZIONE ATTIVITÀ

DI VENDITA AL PUBBLICO DI FARMACI DA BANCO O DI AUTOMEDICAZIONE

DATI DEL DICHIARANTE

Il / La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato a _____ (Prov _____) Nazione _____ il _____ residente in
_____ (Prov _____) Via/P.za _____ n° _____
titolare attività di vendita al pubblico di farmaci da banco o di automedicazione
_____ nel locale sito in _____ Via _____ n° _____
_____ di cui alla DIA/SCIA presentata in data _____, prot. n. _____

COMUNICA

che con decorrenza dal _____, ha cessato/cesserà l'attività di **vendita al pubblico di farmaci da banco o di automedicazione** di cui alla DIA/SCIA presentata in data di cui sopra

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 d.lgs.196/2003 "Codice sulla protezione dei dati personali", dichiara di essere stato preventivamente informato che i dati personali raccolti saranno trattati sia manualmente che con strumenti informatici, esclusivamente e limitatamente all'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente richiesta

_____, _____

Firma Digitale (*)

(*) 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 è coerente con il ruolo esercitato dal sottoscrittore.