

Domanda in bollo

Spett.le ATS

Il/la sottoscritto/a _____

(indicare il nome/cognome o la ragione sociale del richiedente),

per il magazzino ubicato in: _____

(via, numero civico, città)

con sede legale in (indicare se diversa dall'ubicazione fisica)

(via, numero civico, città),

Partita IVA _____,

nella persona del sottoscritto legale rappresentante (solo in caso di società)

_____ (nome e cognome)

PRESENTA ISTANZA

di autorizzazione a (barrare la scelta):

- A) *DISTRIBUZIONE ALL'INGROSSO DI MEDICINALI AD USO UMANO*
- B) *DISTRIBUZIONE ALL'INGROSSO DI MEDICINALI AD USO UMANO NON SOGGETTI A PRESCRIZIONE*
- C) *DISTRIBUZIONE DI GAS MEDICINALI*
- D) *DISTRIBUZIONE DI RADIOFARMACI*
- E) *DISTRIBUZIONE DI MEDICINALI UTILIZZABILI IN AMBIENTE OSPEDALIERO*
- F) *DISTRIBUZIONE DI MEDICINALI AD USO ESCLUSIVO DEL MEDICO SPECIALISTA*

nel seguente territorio geografico _____

a tal fine dichiara

- che la Persona Responsabile dell'attività soggetta ad autorizzazione è
.....,
in possesso dei requisiti di cui all'art. 101 Dlgs n. 219/2006 e ss.mm.ii,
- che la Persona Responsabile dell'attività soggetta ad autorizzazione svolge la propria attività a carattere continuativo presso il magazzino in _____
(via, numero civico e città in cui ha sede il magazzino) con un orario compatibile con le necessità derivanti dalle dimensioni dell'attività di distribuzione espletata;

Richiesta autorizzazione distribuzione all'ingrosso

si allega la seguente documentazione:

- 1 Autocertificazioni rese dalla persona responsabile del magazzino in merito ai requisiti richiesti dall' art. 101 punto b) (allegato 1)
- 2 Autocertificazione comunicazione antimafia ai sensi dell'art. 89 D. Lgs. 159/2011,-resa da tutti i soggetti dettagliati nell'art. 85 D. Lgs 159/2011
- 3 Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio
- 4 Elenco dei farmaci (indicati come ATC 1° livello) per cui si chiede l'autorizzazione alla distribuzione
- 5 Planimetria scala 1:100 con destinazione d'uso dei locali, R.A.I, altezze e superfici e con indicato il percorso farmaci
- 6 Certificazione di agibilità
- 7 Certificazione di conformità degli impianti
- 8 Certificazione antincendio, ove prevista o dichiarazione di non assoggettività a firma di tecnico abilitato
- 9 Piano d'emergenza per l'applicazione di qualsiasi azione di ritiro dal mercato di medicinali disposta dall'AIFA o avviata in cooperazione con il produttore o il titolare dell'AIC del medicinale in questione
- 10 Copia di un documento di identità del richiedente, in corso di validità
- 11 Marca da bollo da applicare alla copia conforme dell'autorizzazione

Eventuale altra documentazione sarà fornita su richiesta dell'ATS

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa alla presente istanza venga effettuata utilizzando i contatti che seguono:

Dr./Dr.ssa	
Indirizzo	
Tel. Fisso	
Tel cell	
e-mail	
PEC	

Data e luogo

(timbro Società) firma del richiedente
