



## MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO DI SEDE OPERATIVA PER DEPOSITO FARMACEUTICO

*Al Dirigente del Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica -  
Assistenza integrativa e protesica - Farmacie  
convenzionate - Educazione all'uso consapevole del  
farmaco"*

*Dipartimento Salute e Welfare  
Cittadella Regionale - Viale Europa - 88100 Catanzaro*

*Pec Settore: [farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it)*

### Oggetto: Richiesta trasferimento sede operativa per deposito farmaceutico

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

(prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante/titolare della

ditta/società \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

P.I. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

in possesso di autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso di medicinale/gas medicinale per uso  
umano in qualità di (indicare la tipologia di attività) con Decreto Dirigenziale nr. \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

### COMUNICA

Il trasferimento della sede legale del magazzino da \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione:

- Estremi/Copia dell'ultimo decreto di autorizzazione in possesso;
- Indicazione dei nuovi locali destinati a deposito, precisando l'indirizzo, nr. civico, nr. telefono, E-MAIL, PEC;
- Fotocopia del documento di identità della **Persona Responsabile** e del **Legale Rappresentante** della ditta/società;

- Relazione tecnica descrittiva;
- Planimetria dei locali in cui viene svolta l'attività (in formato A4);
- Certificato di iscrizione alla Camera di Commercio (C.C.I.A.A.);
- Indicazione della Persona Responsabile (generalità complete);
- Indicazione del territorio geografico in cui si intende operare;
- Indicazione del tipo di attività e/o del tipo di medicinale oggetto della richiesta;

A tal fine consapevole di quanto stabilito dagli artt. 76 e 75 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 in merito alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

- A. di disporre di locali, di installazioni e di attrezzature idonei, sufficienti a garantire una buona conservazione e una buona distribuzione dei medicinali;
- B. di disporre di adeguato personale nonché di una persona responsabile, in possesso del diploma di laurea in farmacia o in chimica o in chimica e tecnologia farmaceutiche o in chimica industriale, che non abbia riportato condanne penali per reati contro il patrimonio o comunque connessi al commercio di medicinali non conforme alle disposizioni del D.Lgs.219/2006 e successive modifiche, né condanne penali definitive di almeno due anni per delitti non colposi;
- C. di impegnarsi a rispettare gli obblighi cui è soggetto a norma degli art. 104 e 105 del D.Lgs. 219/2006, siccome successivamente modificato dalla L. 248/2006;
- D. di non aver procedimenti penali in corso e/o riportato condanne penali;

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_