

**DA TRASMETTERE ESCLUSIVAMENTE TRAMITE POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)**

Assessorato al Welfare  
Servizio PATP  
Ufficio Politiche del farmaco e dell'emergenza/urgenza  
Staff.farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it

Oggetto: Richiesta autorizzazione vendita on-line di medicinali senza obbligo di prescrizione (SOP e OTC)  
D.Lgs.223/06 art.112-quater, convertito in L.248/06

Sotto propria personale responsabilità ai sensi del Dpr 445/2000, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze di decadenza dai benefici conseguiti, nel casi di dichiarazioni false o mendaci Il sottoscritto, (nome/cognome).....

nato a ..... prov.(.....) il...../...../.....,

legale rappresentante della Farmacia/Esercizio Commerciale di cui alla Legge 248/06.....

sita in.....

via.....

indirizzo pec.....

P. I.V.A..... tel...../.....

Codice Univoco Ministero della Salute .....

**CHIEDE**

L'autorizzazione regionale per la vendita a distanza al pubblico di medicinali senza obbligo di prescrizione mediante i servizi della società dell'informazione

Precisa la data prevista di inizio attività di vendita a distanza tramite il servizio della società dell'informazione (...../...../.....)

Indirizzo del sito WEB dedicato al commercio elettronico:

.....

Dati del registrante del sito.....

Dati del contatto amministrativo del sito .....

Il sottoscritto è consapevole che ogni cambiamento dei dati sopra riportati non comunicato a codesto ufficio entro 30 giorni, comporterà la decadenza dell'autorizzazione concessa.

Allega copia documento di riconoscimento

Data ...../...../.....

Firma.....