

**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 \_\_\_\_\_  
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*

\_\_\_\_\_  
**IL/LA DICHIARANTE**