

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA VENDITA DIRETTA DI MEDICINALI
VETERINARI DA PARTE DI TITOLARI DI COMMERCIO ALL'INGROSSO ai sensi
dell'art. 70 del D. lgs. 6 aprile 2006, n. 193. Allegato A/2**

Marca da bollo valore corrente

Spett.le
Regione Lazio
Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Prevenzione e Promozione della Salute
Via R. R. Garibaldi
00145 Roma

Per il tramite del Servizio Veterinario
Asl Viterbo

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____

Residente nel Comune di _____ Prov. _____

Via/Fraz. _____

In qualità di Titolare / Legale Rappresentante dello stabilimento / Ditta _____

con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____

via / Fraz. _____

Telefono _____ / Fax _____

C.F. / P.IVA n. _____

Essendo in possesso dei requisiti come stabiliti dal D. Lgs. 193/2006.

**Rivolge a codesta Area
DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE alla:
Vendita diretta di medicinali veterinari.**

Lo scrivente dichiara che le vendite effettuate dal proprio magazzino sito in

via / Fraz. _____

comune di _____ Prov. _____

Telefono _____ / Fax _____

Avverranno secondo le disposizioni del succitato D. Lgs. 193/2006 e sotto la responsabilità del

Dr. _____ in possesso del diploma di laurea previsto

dalla normativa (farmacia, chimica, chimica e tecnologia farmaceutiche o in chimica industriale), presente nel magazzino, secondo le modalità previste dal D.Lgs. 193/2006.

In allegato trasmette la seguente documentazione:

- Planimetria dei locali adibiti alla vendita (in scala non inferiore ad 1:200)
- relazione tecnica relativa ai locali e alle attrezzature utilizzate.
- attestato di agibilità dei locali adibiti a commercio all'ingrosso/deposito, rilasciata dal Comune.
- Certificato di iscrizione al registro delle imprese della camera di commercio non anteriore a 6 mesi o dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR 445/2000, del titolare/legale rappresentante, di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali irregolari.
- Attestazione pagamento
- marca da bollo del valore corrente.
- documentazione relativa al responsabile sanitario quale **(allegato A/2 bis)**:
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del luogo e data di nascita, C.F., residenza, stato di famiglia e cittadinanza;
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali irregolari e dichiarazione di accettazione dell'incarico con specificazione di eventuali incarichi presso altri magazzini in cui svolge la stessa attività.
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea ed iscrizione allo specifico albo professionale indicando n. e data di iscrizione;

Comunica che presso la suddetta sede intende commercializzare le seguenti tipologie di medicinali veterinari - D. Lgs. 193/2006, art. 1, comma 1, lettere a), c), e) e f):

- medicinali veterinari;
- premiscele per alimenti medicamentosi;
- medicinali veterinari ad azione immunologica;
- medicinali veterinari omeopatici;
- alimenti medicamentosi ⁽¹⁾

Si comunica che la VENDITA DIRETTA (art. 70 del d. Lgs. 193/2006 verrà effettuata presso la sede su menzionata, nell'orario seguente:

dal lunedì al venerdì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

Sabato dalle ore _____ alle ore _____

Luogo e Data _____

Timbro e Firma del legale rappresentante

⁽¹⁾ D.M. San. 16 novembre 1993, art. 13 comma 8. I grossisti titolari dell'autorizzazione di cui all'art. 66 del D. Lgs. 193/2006 possono esercitare attività di distribuzione di mangimi medicati e prodotti intermedi dal momento in cui presentano domanda di estensione dell'attività al Ministero della Salute, DGSA e contestualmente inviino comunicazione all'Azienda USL competente per il territorio e alla Regione Lazio Area Sanità Veterinaria

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 " Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

A cura del responsabile sanitario

Dichiarazione sostitutiva
DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

prov _____ via _____

In possesso del diploma di laurea in _____ iscritto dal _____

al n. _____ dell'ordine/albo dei _____ di _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA di accettare l'incarico di responsabile sanitario per l'attività di:

- vendita all'ingrosso di medicinali veterinari
- attività di deposito di medicinali veterinari
- vendita diretta di medicinali veterinari

così come disciplinata dal D. Lgs. 193/2006 presso la sede/sedi della ditta:

1) _____ sita

in _____ via _____ n. _____

2) _____ sita

in _____ via _____ n. _____

Dichiara inoltre di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali irregolari e di garantire:

- la presenza nella sede di vendita all'ingrosso di medicinali veterinari per un minimo di 4 ore giornaliere ⁽¹⁾
- la presenza nella sede di deposito di medicinali veterinari per un minimo di 4 ore giornaliere ⁽¹⁾
- la presenza nella sede di vendita diretta di medicinali veterinari, negli orari e nei giorni sottoindicati e di non avere altri incarichi presso altri distributori.

Si comunica che la VENDITA DIRETTA (art. 70 del D. lgs. 193/2006) verrà effettuata presso la sede su menzionata, nell'orario seguente:

dal lunedì al venerdì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

Sabato dalle ore _____ alle ore _____

(1) _____

_____, li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

⁽¹⁾ comunicare eventuali incarichi presso altri magazzini.

* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. Va allegata necessariamente la fotocopia di un documento di identità valido.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 " Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.