

**COMUNICAZIONE RESPONSABILE SCORTA FARMACI IN STRUTTURA  
AUTORIZZATA (DL 193/06)**

*Al Direttore del Servizio Veterinario A-C  
ASL Viterbo  
prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it*

SEDE STRUTTURA: \_\_\_\_\_  
CODICE: \_\_\_\_\_ \*P.IVA/CF \_\_\_\_\_  
PROPRIETARIO: \_\_\_\_\_ \*P.IVA/CF \_\_\_\_\_  
RESPONSABILE LEGALE: \_\_\_\_\_ \*P.IVA/CF \_\_\_\_\_  
DETENTORE: \_\_\_\_\_ \*P.IVA/CF \_\_\_\_\_  
UBICAZIONE: \_\_\_\_\_  
AUTORIZZAZIONE N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_, in qualità di titolare della struttura sopra-descritta, COMUNICA che il responsabile delle scorte farmaci veterinari della struttura sarà il Dr. (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ e RICHIEDE l'inserimento dei dati relativi in REV - portale Vetinfo.

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", autorizzo il trattamento dei miei dati personali, richiesti dalle disposizioni vigenti ai fini del' espletamento del procedimento ed esclusivamente a tale scopo.

FIRMA \_\_\_\_\_  
Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

---

**Parte riservata al Medico Veterinario responsabile**

Il Sottoscritto Dr. (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_, DICHIARA di assumersi le responsabilità, così come previsto dalla vigente legislazione, delle scorte di farmaci per uso veterinario nella struttura sopra descritta e di essere già responsabile di scorte di farmaci nelle seguenti strutture:

- NESSUNA  (barrare la casella)
- AZIENDA \_\_\_\_\_ COD. AZIEND. \_\_\_\_\_
- AZIENDA \_\_\_\_\_ COD. AZIEND. \_\_\_\_\_
- AZIENDA \_\_\_\_\_ COD. AZIEND. \_\_\_\_\_

Allegare certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici Veterinari oppure valida autocertificazione con fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", autorizzo il trattamento dei miei dati personali, richiesti dalle disposizioni vigenti ai fini del' espletamento del procedimento ed esclusivamente a tale scopo.

Firma \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

\*come registrato in BDN o Min Sal-anagrafica strutture pet