

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA VENDITA DIRETTA DI MEDICINALI
VETERINARI DA PARTE DI TITOLARI DI COMMERCIO ALL'INGROSSO ai sensi
dell'art. 23 del D. Lgs. 7 dicembre 2023, n. 218.**

Marca da
bollo
€ 16.00

Spett.le
Regione Lazio
Area Promozione della Salute e Prevenzione
Ufficio Veterinaria e Sicurezza Alimentare
prevenzionepromozionesalute@pec.regione.lazio.it

Per il tramite del Servizio Veterinario
Asl

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

Stato _____ Cittadinanza. _____

Codice fiscale _____

Residente nel Comune di _____ Prov. _____

Via/Piazza/Fraz. _____ CAP _____

In qualità di ☐ Titolare ☐ Legale Rappresentante dello stabilimento / Ditta¹ _____

con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____

Via/Piazza/Fraz. _____

CAP _____ Telefono _____ / Fax _____

Codice Fiscale _____

P.IVA (se diversa dal codice fiscale) _____

e-mail _____ PEC _____

Essendo in possesso dei requisiti previsti dal D. Lgs. 218/2023.

CHIEDE

L'AUTORIZZAZIONE alla:

☐ **Vendita diretta di medicinali veterinari.**

Il richiedente dichiara che le vendite effettuate dal proprio magazzino sito in

Via/Piazza/Fraz. _____

Comune di _____ Prov. _____

¹ denominazione o ragione sociale registrata alla CCIAA

CAP _____ Telefono _____ / Fax _____

Avverranno secondo le disposizioni del succitato D. Lgs. 218/2023 e sotto la responsabilità del Dr. _____ in possesso del diploma di laurea previsto dalla normativa ed iscritto all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti, presente nel magazzino, secondo le modalità previste dal D.Lgs. 218/2023.

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 di 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
 - 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 la VENDITA DIRETTA (art. 23 del D.Lgs. 218/2023) 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 _____

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda sia indirizzata al recapito seguente _____ e si

impegna a comunicare preventivamente ogni successiva variazione alla Regione Lazio per il tramite della ASL.

Luogo e Data _____

Timbro e Firma del legale rappresentante

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene inoltrata la presente domanda e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali ai fini degli adempimenti necessari per l'erogazione della prestazione richiesta. Prende atto del diritto di accedere ai propri dati ed ottenere le informazioni e quant'altro previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/03.

Data _____ Firma _____

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. 218/2023 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 ⁽¹⁾
- ☐ la presenza nella sede di deposito di medicinali veterinari ⁽¹⁾
- ☐ la presenza nella sede di vendita diretta di medicinali veterinari, negli orari e nei giorni sottoindicati e di non avere Incarichi di direttore o titolare di farmacia

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 e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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.