

**DOMANDA DI AGGIORNAMENTO DELL'ATTO DI AUTORIZZAZIONE DI UN DEPOSITO,
GROSSISTA O VENDITA DIRETTA DI FARMACO VETERINARIO, A SEGUITO DI
SOSTITUZIONE DEL FARMACISTA RESPONSABILE. Allegato A/4**

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. _____

Già in possesso del seguente numero di riconoscimento/registrazione/autorizzazione (1)

Rilasciato da _____ con atto n. _____ del _____

ai sensi di (2) _____ Per l'attività di (3) _____

CHIEDE a Codesta Area

**L'AGGIORNAMENTO DELL'ATTO DI AUTORIZZAZIONE PER LA SOSTITUZIONE DEL
FARMACISTA RESPONSABILE**

Per la seguente attività _____

Legenda

- (1) RIPORTARE IL NUMERO DELL'ATTO AUTORIZZATIVO
- (2) INDICARE LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO
- (3) INDICARE L'ATTIVITA' RIPORTATA SULL'ATTO DI AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità di disporre del responsabile sanitario nella figura del Dr. _____ che garantisce la presenza per un minimo di 4 ore giornaliere, è in possesso del diploma di laurea previsto (farmacia, chimica, chimica e tecnologia farmaceutiche o in chimica industriale) ed è iscritto all'albo professionale.

In allegato trasmette la seguente documentazione:

- documentazione relativa al responsabile sanitario quale :
 - 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 ed orari di presenza;
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea ed iscrizione allo specifico albo professionale indicando n. e data di iscrizione;
- Attestazione pagamento
- marca da bollo del valore corrente.

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.

Data _____

Firma del legale rappresentante

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 _____

(i) _____

_____, 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.