

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.



Spett.le
Regione Veneto
Unità di Progetto Sanità Animale ed Igiene alimentare
Dorsoduro 3493
30125 Venezia

Per il tramite del Servizio Veterinario
Az. ULSS n.

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 Unità di Progetto 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. (Fotocopia)
- Visura della CCIAA competente (non anteriore a 6 mesi; in caso di azienda di nuova costituzione ove non fosse disponibile la visura camerale, inviare copia della DIA fatta alla CCIAA).⁽¹⁾
- dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli artt. _____ del DPR 445/2000, del titolare/legale rappresentante, di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali irregolari.⁽²⁾
- marca da bollo da € 14,62 per la notifica dell'atto.
- dichiarazione sostitutiva di notorietà (ai sensi degli artt. 38 e 47 DPR 445/2000) dell'impegno al pagamento delle imposte regionali relative al rilascio dell'atto. (**allegato 1**)
- documentazione relativa al responsabile sanitario quale (**allegato 2**):
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del luogo e data di nascita, C.F., residenza 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:

- medicinali veterinari;
- premiscele per alimenti medicamentosi;
- medicinali veterinari ad azione immunologica;
- medicinali veterinari omeopatici;
- alimenti medicamentosi ⁽³⁾

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⁾ se no già presentate per il rilascio dell'autorizzazione al commercio all'ingrosso di medicinali veterinari ai sensi degli art. 66 e 67 del D. lgs. 193/2006.

⁽²⁾ se diverso dal responsabile sanitario dell'art. 66.

⁽³⁾ 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, Divisione Generale dei servizi veterinari e contestualmente inviino comunicazione all'Azienda ULSS competente per il territorio e all'Assessorato regionale alla sanità

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 legale rappresentante/titolare

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 qualità di titolare/legale rappresentante della ditta _____

con sede in _____ prov _____ via _____

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

- la propria disponibilità al pagamento delle imposte regionali relative al rilascio dell'atto, nel momento in cui verranno definite.**

_____, li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

* 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.

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 _____ cittadinanza _____

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.