Marca da Bollo

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Regione Abruzzo - Azienda Sanitaria Locale 02**  Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti - P.I. 02307130696  **Dipartimento di Prevenzione - Servizi Veterinari** Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche Direttore: Dr. Giuseppe Torzi  **Sede di Vasto** -Via M. Polo n. 55 **-** Tel 0873 308691/630/642 Fax 0873 308627  Mail: [igieneallevamenti.vasto@asl2abruzzo.it](mailto:igieneallevamenti.vasto@asl2abruzzo.it) - Pec: [igieneallevamenti.vasto@pec.asl2abruzzo.it](mailto:igieneallevamenti.vasto@pec.asl2abruzzo.it)  Sede Operativa di Castiglione M.Marino - Via A. Moro (c/o Distretto San.) – Tel 0873978440 |

## Prot\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domanda di autorizzazione alla **all’esercizio di attività di commercio all’ingrosso di medicinali veterinari - D. Lgs. 193/2006**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto: |  |
| Nato a: |  |
| Il: |  |
| Residente nel Comune di: |  |
| Via: |  |
| Telefono: |  |
| Fax: |  |
| Email |  |
| Cod. Fisc. / Partita IVA |  |
| In qualità di Legale Rappresentante dell’azienda: |  |
| Sito nel Comune di: |  |
| Via / Località: |  |
| Sede operativa nel Comune di : |  |
| Via / Località: |  |

**CHIEDE**

 Ai sensi del D.lgs 193/2006, art. 66 ,comma 1° l'autorizzazione all‘esercizio di attività di commercio all‘ingrosso di medicinali veterinari.

 Ai sensi dell‘art. 70 del D.Lgs 193/2006 l‘autorizzazione per la vendita diretta;

A tal fine dichiara :

1. di non aver riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari (art.66 c.2,p.to a);
2. di disporre di locali , istallazioni e attrezzature idonei e sufficienti a garantire una buona conservazione e una buona distribuzione dei medicinali (art.66 c.2,p.to c);
3. di disporre di personale responsabile del magazzino in possesso di diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che non abbia riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari, per un impegno minimo di 4 (quattro) ore giornaliere (art.66 c.2,p.to d);

Allega alla presente documentazione (autodichiarazione) comprovante l‘esistenza dei requisiti di cui ai p.ti precedenti 1,2,3,4, e la seguente documentazione :

* planimetria dei locali corredata da relazione descrittiva delle condizioni degli stessi;
* certificato di iscrizione alla camera di commercio;
* certificato di iscrizione al relativo albo professionale del responsabile di cui all‘ art.66 c.2,p.to d;
* dichiarazione di accettazione dell‘incarico da parte del medesimo con precisazione di eventuali incarichi presso altri magazzini;
* dichiarazione relativa alle tipologie di medicinali veterinari o di materie prime farmacologicamente attive che si intendono commercializzare secondo le indicazioni di cui all‘art.1, C.1,lettere a),c),e),f), D.Lgs 193/2006.
* Ricevuta del versamento della tariffa regionale;
* Marca da bollo del valore corrente
* Ogni altro documento necessario per i requisiti di legge

Per ogni eventuale comunicazione si precisa che l‘indirizzo a cui far pervenire la documentazione è:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Distinti saluti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Li

Timbro e firma del titolare dell'impianto