|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 ZootecnicheDirettore: Dr. Giuseppe Torzi**Sede di Vasto** -Via M. Polo n. 55 **-** Tel 0873 308691/630/642 Fax 0873 308627Mail: igieneallevamenti.vasto@asl2abruzzo.it - Pec: igieneallevamenti.vasto@pec.asl2abruzzo.itSede Operativa di Castiglione M.Marino - Via A. Moro (c/o Distretto San.) – Tel 0873978440 |

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

Domanda di autorizzazione alla detenzione di SCORTE DI MEDICINALI VETERINARI

in strutture di allevamento e custodia di animali  **DESTINATI** **alla produzione di alimenti** (artt. 80-81 del D.Lgs. 193/06 e succ. modif.)

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

**CHIEDE**

il rilascio dell’autorizzazione alla detenzione di scorte medicinali veterinari da detenersi presso il locale di seguito precisato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’allevamento stesso, sotto la responsabilità del/dei Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Firma del legale rappresentante

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il sottoscritto Dr.……………………………………………………………nato a…………………………………………………….

il……………………………….residente a………………………………………………………………………………..…………………… via……………………………………………….……………n………………. telefono………………………………………..…………..

iscritto all’Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di ……………..n……….. come da allegato certificato/ autodichiarazione , si dichiara disponibile ad assumere la responsabilità della custodia e della gestione delle scorte medicinali presso l’impianto sopraindicato.

……………………………………… lì ………………………………

In fede …………………………………….…………….

## Si allega 1 marca da bollo di valore legale

 Ricevuta versamento di € 51,68

Ai sensi dell’art. 13 del D.lgs 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali” si informa che il trattamento dei dati personali da lei forniti con il presente modulo, obbligatori per avviare il procedimento, è finalizzato esclusivamente all’espletamento del procedimento per il quale sono richiesti. Il trattamento potrà avvenite con modalità sia manuale che elettronica, i dati potranno essere comunicati a soggetti Pubblici

coinvolti nel procedimento nei casi consentiti dalla normativa vigente.