

**Al Dipartimento di Prevenzione Veterinario
per il tramite del Distretto di _____**

Oggetto: A 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

Il/La sottoscritto/a.....Nato/a 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. 7 dicembre 2023, n. 218

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.....CAP.....
Telefono...../Fax.....saranno effettuate ai sensi del 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;

¹ denominazione o ragione sociale registrata alla CCIAA

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;
- ✓ 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 numero 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 Sicilia per il tramite della ASP.

Data..... 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.....

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;
- la presenza nella sede di deposito di medicinali veterinari²;
- 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.

(2).....

Data e luogo.....

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile*)

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.

² comunicare eventuali incarichi presso altri magazzini

*Allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità