

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

Oggetto: DOMANDA DI CAMBIO DELLA RAGIONE SOCIALE

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 FiscaleP.IVA (se
diversa dal codice fiscale).....e-mail
.....PEC.....

Già in possesso del seguente numero di riconoscimento/registrazione/autorizzazione²
.....rilasciato da.....con atto
n.....del..... Ai sensi di³.....per l'attività
di⁴.....

CHIEDE

Di aggiornare l'autorizzazione, ai sensi del D.Lgs. 218/2023, per (barrare la voce di interesse):

variazione della ragione sociale

dalla Ditta⁵.....

alla Ditta⁶.....

variazione del legale rappresentante

da.....a.....

variazione sede legale

da.....

a.....

sostituzione del responsabile del magazzino/del responsabile della vendita diretta

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità:

1 denominazione o ragione sociale registrata alla CCIAA

2 riportare il numero di riconoscimento/registrazione o identificazione dell'atto autorizzativo

3 indicare la normativa di riferimento

4 indicare l'attività svolta

5 indicare la vecchia ragione sociale

6 indicare la nuova ragione sociale

- 1) di disporre dei locali, installazioni e attrezzature idonei e sufficienti a garantire una buona conservazione e distribuzione dei medicinali veterinari;
- 2) di disporre di una persona designata come responsabile del magazzino/delle vendite, in possesso del diploma di laurea previsto (farmacia, chimica, chimica e tecnologia farmaceutiche o in chimica industriale) ed è iscritto all'albo professionale, che non ha riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari;
- 3) che le caratteristiche strutturali, funzionali e procedurali risultano immutate rispetto a quelle che hanno consentito il rilascio dell'autorizzazione n.....del ___/___/___;
- 4) di non avere riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari.

In allegato trasmette la seguente documentazione:

certificato di iscrizione al registro delle imprese della camera di commercio non anteriore a 6 mesi o dichiarazione sostitutiva di certificazione;

documentazione notarile comprovante il cambio di ragione sociale/legale rappresentante/sede legale; documentazione relativa al responsabile del magazzino/della vendita diretta 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 ed orari di presenza;
- ✓ dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea ed iscrizione allo specifico albo professionale indicando numero e data di iscrizione.

Ricevuta di versamento

Marca da bollo di valore corrente

copia atto di autorizzazione n.....del...../...../.....

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.....

A cura del responsabile del magazzino/della vendita diretta

**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 del magazzino 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 veterinari⁷;
- 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.

⁷ comunicare eventuali incarichi presso altri magazzini

*Allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità