

BOLLO

All'Area di Sanità Pubblica Veterinaria  
Azienda USL della Romagna  
Ambito di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA DETENZIONE DI SCORTE DI MEDICINALI VETERINARI PRESSO STRUTTURE VETERINARIE**

• Il/La sottoscritto/a Dott./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
iscritto/a all'albo dei Medici Veterinari della provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

• Il/La sottoscritto/a Dott./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
iscritto/a all'albo dei Medici Veterinari della provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

**chiede/chiedono**

ai sensi dell'art. 80 del D.Lvo 193/2006 di detenere adeguate scorte di medicinali veterinari presso:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Studio Veterinario con/senza accesso di animali | <input type="checkbox"/> Studio Veterinario associato con/senza accesso di animali |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Veterinario                         | <input type="checkbox"/> Ambulatorio Veterinario associato                         |
| <input type="checkbox"/> Clinica Veterinaria/ casa di cura veterinaria   | <input type="checkbox"/> Ospedale Veterinario                                      |

sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
denominato \_\_\_\_\_  
di cui sarà direttore sanitario il Dott. \_\_\_\_\_

Si prende atto che l'eventuale registro di scarico, vidimato secondo la normativa vigente, dovrà essere conservato per almeno cinque anni dalla data dell'ultima registrazione (in caso di somministrazione ad animali destinati alla produzione di alimenti) e che eventuali variazioni alla presente domanda dovranno essere comunicate tempestivamente.

Allegati:

- N. 1 marca da bollo del valore corrente;  
 dichiarazione di nomina del Direttore Sanitario con accettazione del medesimo

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma del/degli interessato/i

\_\_\_\_\_