

BOLLO

Al Sindaco del Comune di _____

Per il tramite dell'Area di Sanità Pubblica Veterinaria
Azienda USL della Romagna

Ambito di _____

**OGGETTO: DOMANDA DI AGGIORNAMENTO DELL'ATTO DI AUTORIZZAZIONE AL
COMMERCIO DI MEDICINALI VETERINARI**

Il/La sottoscritto/a _____

Legale rappresentante della ditta: _____

Partita IVA o codice fiscale: _____

Con sede legale in via _____ N° _____ C.A.P. _____

Comune _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

E sede operativa sita in via (indicare solo se diversa dalla sede legale)

_____ N° _____ C.A.P. _____

Comune _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

CHIEDE la modifica dei seguenti atti di autorizzazione

COMMERCIO ALL'INGROSSO DI MEDICINALI VETERINARI ai sensi dell'art. 66 del Decreto Legislativo 6 aprile 2006 n. 193/2006 e succ. mod.
Riportare gli estremi dell'atto da aggiornare _____

VENDITA DIRETTA DI MEDICINALI VETERINARI ai sensi dell'art. 70 del Decreto Legislativo 6 aprile 2006 n. 193/2006 e succ. mod.
Riportare gli estremi dell'atto da aggiornare _____

Per i seguenti motivi:

modifica orario vendita diretta (indicare il nuovo orario): _____

modifica della persona responsabile del magazzino (indicare il nuovo nominativo): _____

modifica del farmacista responsabile della vendita diretta (indicare il nuovo nominativo): _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. N. _____ marca da bollo del valore corrente (una per ogni autorizzazione da aggiornare);
2. autocertificazione di iscrizione all'albo professionale del responsabile del magazzino;
3. autocertificazione di iscrizione all'albo professionale del farmacista responsabile della vendita diretta;
4. dichiarazione di accettazione dell'incarico da parte del responsabile del magazzino con precisazione di eventuali incarichi in altri magazzini;
5. dichiarazione di accettazione dell'incarico da parte del farmacista responsabile della vendita diretta con indicazione di eventuali incarichi presso altre sedi;
6. autocertificazione di assenza di condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari del responsabile del magazzino e del farmacista responsabile della vendita diretta.

_____ li _____

Firma dell'interessato
