

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER TITOLARI DI STRUTTURA**  
**Art. 80 c. 1 del D.Lgs 06.04.2006 nr. 193**  
**“SCORTE DI MEDICINALI VETERINARI”**

Spett.le **A.S.L. TO 5 – CHIERI – S.C. AREA C**  
**Strada Fontaneto 28 - 10023 CHIERI**  
**veterinari.c@aslto5.piemonte.it**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente  
nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
titolare della struttura \_\_\_\_\_  
sito nel comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_  
cod. aziendale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
in cui viene svolta la seguente attività (2)

**CHIEDE**

*ai sensi dell'art. 80, comma 1, del D.Lgs 06.04.2006 nr. 193,*  
*l'autorizzazione a detenere scorte di medicinali veterinari presso il sopraindicato impianto*

A tal fine dichiara che:

- il veterinario responsabile della tenuta delle scorte sarà il Dr. \_\_\_\_\_
- coadiuvato in caso di mancanza dal Dr. \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di essere a conoscenza degli obblighi previsti all'art. 80 ed 81 del D.Lgs 06.04.2006 nr. 193, come modificati dal D.Lgs 143/07, ed all'art. 15 del D.Lgs 16.03.2006 nr. 158 circa la tenuta dei registri dei medicinali veterinari;
- che le scorte saranno detenute presso idoneo locale chiuso annesso all'impianto;

Allega alla presente:

- piantina aziendale che evidenzi il locale dove verranno tenute le scorte;
- dichiarazione di impegno del veterinario incaricato della tenuta delle scorte.

Lì, \_\_\_\_\_

**Timbro e firma**

\_\_\_\_\_

(1) in caso di aziende in soccida

(2) specificare secondo i casi: consistenza, tipo di allevamento ed attività svolta

ALLEGATO ALLA DOMANDA/AUTORIZZAZIONE : \_\_\_\_\_

AL SERVIZIO VETERINARIO – AREA C A.S.L. TO 5 - CHIERI  
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche  
Via Fontaneto n. 28 - 10023 CHIERI (TO)

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO PER MEDICI VETERINARI RESPONSABILI DELLA TENUTA  
DI SCORTE DI MEDICINALI VETERINARI PRESSO GLI IMPIANTI AUTORIZZATI AI SENSI  
DELL'ART. 80 COMMA 1° DEL D.Lgs 06.04.2006 n. 193 INTEGRATO E MODIFICATO  
DAL D.Lgs 143/07

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Via/P.zza \_\_\_\_\_,  
in qualità di Medico Veterinario regolarmente iscritto all'Ordine professionale dei Medici Veterinari  
della Provincia di \_\_\_\_\_ nr. iscrizione \_\_\_\_\_, consapevole delle  
responsabilità di cui all'art. 80 e 81 del D.L.vo 06.04.2006 nr. 193 modificato ed integrato dal D.L.vo  
143/07, si impegna a custodire, presso i locali indicati nella domanda di autorizzazione del  
Sig. \_\_\_\_\_, Cod. Az. \_\_\_\_\_  
scorte di medicinali veterinari necessari per interventi di tipo terapeutico e profilattico.

A tal fine dichiara :

- di essere a conoscenza degli obblighi relativi alla tenuta del registro di carico e scarico delle scorte e delle norme che regolano la prescrizione dei medicinali veterinari;
- di non svolgere attività incompatibili con il ruolo ricoperto e di non ricoprire incarichi di dipendenza o collaborazione presso enti o strutture pubbliche, aziende farmaceutiche, grossisti o mangimifici;
- che non ricorrono le circostanze di cui all'art. 170 del T.U.LL.SS. ( 27.07.1934 nr. 1265) - comparaggio;
- di essere responsabile della tenuta di scorte di medicinali veterinari presso gli allevamenti di cui si allega elenco.

In accordo con il titolare dell'autorizzazione in oggetto, dichiara altresì che, in caso di impedimento, potrà essere supportato, per lo svolgimento dell'attività stessa, dal dr./dr.ssa

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via/P.zza \_\_\_\_\_.

*(Allegare fotocopie dei documenti in corso di validità e di tessera iscrizione Ordine)*

Li, \_\_\_\_\_

( Timbro e firma)

Veterinario responsabile

Veterinario collaboratore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per accettazione, il titolare dell'autorizzazione: \_\_\_\_\_

Alla A.S.L. TO 5 – CHIERI - SERVIZIO VETERINARIO – AREA C  
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche  
Str. Fontaneto, 28 – 10023 - CHIERI (TO)

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO PER MEDICI VETERINARI COLLABORATORI**  
**NELLA TENUTA DI SCORTE DI MEDICINALI VETERINARI PRESSO GLI IMPIANTI**  
**AUTORIZZATI AI SENSI DELL'ART. 80 COMMA 1° DEL D.Lgs 06.04.2006 n. 193**  
**INTEGRATO E MODIFICATO DAL D.Lgs 143/07**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente nel Comune  
di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_,  
in qualità di Medico Veterinario regolarmente iscritto all'Ordine professionale dei Medici  
Veterinari della provincia di \_\_\_\_\_ nr. iscrizione \_\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità di cui all'art. 80 e 81 del D.Lgs 06.04.2006 nr. 193 modificato  
ed integrato dal D.Lgs 143/07, responsabile della gestione delle scorte di medicinali veterinari  
presso l'allevamento \_\_\_\_\_  
dichiara che, in caso di impedimento, la stessa mansione potrà essere svolta dal Dr./Dr.ssa  
\_\_\_\_\_ di cui si allega documentazione.

(N.B. allegare copie Documento di Identità e Tesserino iscrizione Ordine)

A tal fine si dichiara :

- di essere a conoscenza degli obblighi relativi alla tenuta del registro di carico e scarico delle scorte e dei trattamenti nonché delle norme che regolano la prescrizione dei medicinali veterinari;
- di non svolgere attività incompatibili con il ruolo da ricoprire (incarichi di dipendenza o collaborazione presso enti o strutture pubbliche, aziende farmaceutiche, grossisti o mangimifici);
- che non ricorrono le circostanze di cui all'art. 170 del T.U.LL.SS.  
(comparaggio – 27.07.1934 nr. 1265)
- di essere già responsabile/i della tenuta di scorte presso gli impianti di seguito elencati :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lì, \_\_\_\_\_

Timbro e firma del  
Veterinario responsabile

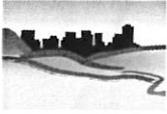
\_\_\_\_\_

Timbro e firma del  
Veterinario collaboratore

Timbro e firma del  
Titolare dell'autorizzazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**A.S.L. TO5**

Azienda Sanitaria Locale  
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Veterinaria – S.S.D. area C

Strada Fontaneto 28 - 10023 CHIARI

tel. 01194294692-93-02 Fax 01194294687

e-mail: [veterinari.c@aslto5.piemonte.it](mailto:veterinari.c@aslto5.piemonte.it)

sito internet: [www.aslto5.piemonte.it](http://www.aslto5.piemonte.it)

---

Sede Legale – Via Silvio Pellico n. 1 – 10023 Chieri (TO) – tel. 011 94291 – C.F. e P.I. 06827170017

**OGGETTO: SCORTE MEDICINALI VETERINARI  
DOCUMENTI NECESSARI**

- 1. DOMANDA COMPILATA DALL'INTERESSATO;**
- 2. DICHIARAZIONE DI IMPEGNO DEL VETERINARIO L. P.  
CHE SI ASSUME LA RESPONSABILITA' ed eventuale**
- 3. IMPEGNO DEL VETERINARIO COLLABORATORE;**
- 4. DISEGNO O PIANTINA DEI LOCALI DOVE E' PRESENTE  
L'ARMADIETTO FARMACI;**
- 5. NR. 2 MARCHE DA BOLLO € 16,00 CADAUNA.**
- 6. Il pagamento dei diritti sanitari pari a € 30 (causale: AREA C –  
PRATICA AUTORIZZATIVA SCORTE FARMACI - CODICE  
C005/A) che può essere effettuato tramite:**

**BOLLETTINO POSTALE C/C nr. 16205106 intestato a ASLTO5  
DIRITTI SANITARI E VETERINARI D.M.18/06/92;**

**BONIFICO BANCARIO – IBAN IT76S 030693 03601 00000046156 –  
INTESA SAN PAOLO**

Una copia della domanda con il numero di telefono dovrà essere inviata al servizio scrivente via fax (011/0469246) od e. mail ([veterinari.c@aslto5.piemonte.it](mailto:veterinari.c@aslto5.piemonte.it)) per la richiesta del sopralluogo da parte del Servizio Veterinario A.S.L. TO5

I documenti in originale potranno essere consegnati al veterinario nel momento del sopralluogo.

**Distinti saluti.**

*AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.00 NR. 445 ART. 43 COMMA 6, I DOCUMENTI TRASMESSI DA CHIUNQUE AD UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE TRAMITE FAX, O CON ALTRO MEZZO TELEMATICO O INFORMatico IDONEO AD ACCERTARNE LA FONTE DI PROVENIENZA, SODDISFANO IL REQUISITO DELLA FORMA SCRITTA E LA LORO TRASMISSIONE NON DEVE ESSERE SEGUITA DA QUELLA DEL DOCUMENTO ORIGINALE.*