



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
sito internet: 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 PER ATTIVITA' ZOOIATRICA
DOCUMENTI NECESSARI**

- 1. DOMANDA/DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
COMPILATA DALL'INTERESSATO;**
- 2. PIANTINA o RELAZIONE DEI LOCALI DOVE E' PRESENTE
L'ARMADIETTO FARMACI;**
- 3. NR. 2 MARCHE DA BOLLO € 16,00 CADAUNA.**
- 4. COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' in corso di validità**
- 5. Il pagamento dei diritti sanitari pari a € 10 (causale: AREA C –
PRATICA AUTORIZZATIVA SCORTE FARMACI AL DOMICILIO
- CODICE V002/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 documentazione dovrà essere inviata al servizio scrivente via fax
(011/0469246) od via mail (veterinari.c@aslto5.piemonte.it)**

**I documenti in ORIGINALE con le MARCHE DA BOLLO potranno essere
consegnati AL MOMENTO DEL RITIRO DELL'AUTORIZZAZIONE.
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.*

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER VETERINARI
Art. 80 c. 1 e 85 del D.Lgs 06.04.2006 nr. 193
“SCORTE DI MEDICINALI VETERINARI per attività ZOOIATRICA”

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 _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____
e-mail _____ Pec _____
Telefono _____ Fax _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 80, comma 1 e art. 85 del D.Lgs 06.04.2006 nr. 193,
l'autorizzazione a detenere scorte di medicinali veterinari per l'attività zoiatrica al di fuori degli
impianti di cura degli animali presso il proprio domicilio fiscale sito in

VIA _____ CAP _____ COMUNE _____

e, con la presente, si impegna a renderli accessibili agli organi di vigilanza.

A tal fine dichiara di:

- **essere iscritto all'Ordine professionale dei Medici Veterinari della Provincia di _____ col nr. _____;**

Dichiara inoltre:

- di essere a conoscenza degli obblighi previsti all'art. 80 ed 85 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;
- di garantire la corretta conservazione dei farmaci oggetto della scorta presso idoneo locale chiuso;

Allega alla presente:

- **piantina descrittiva / relazione del locale ove verranno tenute le scorte;**
- **copia del documento di identità in corso di validità;**
- **dichiarazione sostitutiva di certificazione.**

Lì, _____

Timbro e firma
