



Al Direttore della UOC  
Servizio Igiene degli Allevamenti e Produzioni  
Zootecniche Aulss9 Scaligera  
Pec: [prevenzione.aulss9@pecveneto.it](mailto:prevenzione.aulss9@pecveneto.it)  
email: [servizioveterinario@aulss9.veneto.it](mailto:servizioveterinario@aulss9.veneto.it)

**Oggetto:** Comunicazione di variazione dei veterinari responsabili e sostituti della scorta di medicinali in stabilimento di allevamento/detenzione di animali

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Legale rappresentante dello stabilimento di allevamento/detenzione di animali \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ della specie \_\_\_\_\_  DPA  NDPA

cod. aziendale n. \_\_\_\_\_ VR \_\_\_\_\_ sito nel Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

titolare della scorta di medicinali veterinari n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### COMUNICA

che la responsabilità della detenzione di scorte di medicinali veterinari dell'allevamento, a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sarà a carico del Dott. \_\_\_\_\_ e del/dei medico/i veterinario/i sostituto/i \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre che non sono state apportate variazioni riguardo al locale in cui vengono custoditi i medicinali.

A tal fine si allega:

- rinuncia della responsabilità del dott. \_\_\_\_\_ con copia documento di identità.
- dichiarazione/i scritta/e di accettazione incarico da parte del/i medico/i veterinario/i subentranti (copia documenti di identità)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Legale rappresentante

\_\_\_\_\_  
(allegare copia documento di identità)