

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA VENDITA DIRETTA DI MEDICINALI VETERINARI DA PARTE DI TITOLARI DI AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE AL COMMERCIO (A.I.C.) ai sensi dell'art. 70, commi 2 e 9, del d. Lgs. 6 aprile 2006, n. 193.**



Spett.le  
Regione Veneto  
Unità di Progetto Sanità Animale ed Igiene alimentare  
Dorsoduro 3493  
30125 Venezia

Per il tramite del Servizio Veterinario  
Az. ULSS n. ....

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Fraz. \_\_\_\_\_

In qualità di Titolare / Legale Rappresentante dello stabilimento / Ditta \_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

via / Fraz. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / Fax \_\_\_\_\_

C.F. / P.IVA n. \_\_\_\_\_

Essendo in possesso dei requisiti come stabiliti dal D. Lgs.193/2006

**Rivolge a codesta Unità di Progetto DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE alla:**

- Vendita diretta di medicinali veterinari di cui è titolare di autorizzazione all'immissione al commercio (A.I.C.)**

nella sede sita in via/Fraz. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / Fax \_\_\_\_\_

**A tal fine dichiara di essere fabbricante di premiscele per alimenti medicamentosi con autorizzazione ministeriale** n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ presso lo stabilimento sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di disporre di locali, di installazioni, di attrezzature idonei a garantire una buona conservazione e distribuzione dei medicinali;
2. di disporre del responsabile sanitario nella persona del Dr. \_\_\_\_\_ in possesso del diploma di laurea previsto dalla normativa (farmacia, chimica, chimica e tecnologia farmaceutiche o in chimica industriale), che garantisce la sua presenza negli orari di vendita comunicati;
3. di impegnarsi nel rispetto degli obblighi a cui è soggetto a norma degli art. 71 del D. Lgs. 193/2006.

**In allegato trasmette la seguente documentazione:**

- Planimetria dei locali adibiti alla vendita (in scala non inferiore ad 1:200)
- relazione tecnica relativa ai locali e alle attrezzature utilizzate.
- attestato di agibilità dei locali adibiti a commercio all'ingrosso/deposito, rilasciata dal Comune. (Fotocopia)
- Visura della CCIAA competente (non anteriore a 6 mesi; in caso di azienda di nuova costituzione ove non fosse disponibile la visura camerale, inviare copia della DIA fatta alla CCIAA).<sup>(1)</sup>
- dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR 445/2000, del titolare/legale rappresentante, di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali irregolari.<sup>(2)</sup>
- marca da bollo da € 14,62 per la notifica dell'atto.
- dichiarazione sostitutiva di notorietà (ai sensi degli artt. 38 e 47 DPR 445/2000) dell'impegno al pagamento delle imposte regionali relative al rilascio dell'atto. (**allegato 1**)
- documentazione relativa al responsabile sanitario, quale (**allegato 2**):
  - dichiarazione sostitutiva di certificazione del luogo e data di nascita, C.F., residenza e cittadinanza;
  - dichiarazione sostitutiva di certificazione di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali irregolari, della dichiarazione di accettazione dell'incarico e della dichiarazione di non avere incarichi presso altri magazzini.
  - dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea ed iscrizione allo specifico albo professionale indicando n. e data di iscrizione;

Comunica che presso la suddetta sede intende commercializzare le seguenti tipologie di medicinali veterinari - D. Lgs. 193/2006, art. 1, comma 1, lettere a), c), e) e f):

- medicinali veterinari;

- premiscele per alimenti medicamentosi;
- medicinali veterinari ad azione immunologica;
- medicinali veterinari omeopatici;
- alimenti medicamentosi <sup>(3)</sup>

Si comunica che la VENDITA DIRETTA (art. 70 del D. lgs. 193/2006) verrà effettuata presso la sede su menzionata, nell'orario seguente:

dal lunedì al venerdì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Sabato dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> se no già presentate per il rilascio dell'autorizzazione al commercio all'ingrosso di medicinali veterinari ai sensi degli artt. 66 e 67 del D. lgs. 193/ 2006.

<sup>(2)</sup> se diverso dal responsabile sanitario dell'art. 66 del D. lgs. 193/2006.

<sup>(3)</sup> D.M. San. 16 novembre 1993, art. 13 comma 8. I grossisti titolari dell'autorizzazione di cui all'art. 66 del D. lgs. 193/2006 possono esercitare attività di distribuzione di mangimi medicati e prodotti intermedi dal momento in cui presentano domanda di estensione dell'attività al Ministero della Salute, Divisione Generale dei servizi veterinari e contestualmente inviino comunicazione all'Azienda ULSS competente per il territorio e all'Assessorato regionale alla sanità

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 " Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Dichiarazione sostitutiva  
**DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

- la propria disponibilità al pagamento delle imposte regionali relative al rilascio dell'atto, nel momento in cui verranno definite.**

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)\*

\* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. Va allegata necessariamente la fotocopia di un documento di identità valido.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

**A cura del responsabile sanitario**

Dichiarazione sostitutiva  
**DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
 (Art. 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

In possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_ iscritto dal \_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_\_ dell'ordine/albo dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA di accettare l'incarico di responsabile sanitario per l'attività di:**

- vendita all'ingrosso di medicinali veterinari
- attività di deposito di medicinali veterinari
- vendita diretta di medicinali veterinari

così come disciplinata dal D. Lgs. 193/2006 presso la sede/sedi della ditta:

1) \_\_\_\_\_ sita  
 in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ sita  
 in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali irregolari e di garantire:**

- la presenza nella sede di vendita all'ingrosso di medicinali veterinari per un minimo di 4 ore giornaliere <sup>(1)</sup>
- la presenza nella sede di deposito di medicinali veterinari per un minimo di 4 ore giornaliere <sup>(1)</sup>
- la presenza nella sede di vendita diretta di medicinali veterinari, negli orari e nei giorni sottoindicati e di non avere altri incarichi presso altri distributori.

Si comunica che la VENDITA DIRETTA (art. 70 del D. lgs. 193/2006) verrà effettuata presso la sede su menzionata, nell'orario seguente:

dal lunedì al venerdì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Sabato dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

(1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)\*

<sup>(1)</sup> comunicare eventuali incarichi presso altri magazzini.

\* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. Va allegata necessariamente la fotocopia di un documento di identità valido.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 " Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo