



**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE all'esercizio di attività di COMMERCIO
ALL'INGROSSO di FARMACI VETERINARI D. Lgs. 218/2023**

Marca da
Bollo

Alla Regione ABRUZZO
Dipartimento Sanità
Servizio Prevenzione, Sicurezza
Alimentare e Veterinaria
via Conte di Ruvo n° 74
65100 PESCARA

Al **Servizio Veterinario di Igiene degli
Allevamenti e delle Produzioni
Zootecniche – ASL**
02 LANCIANO VASTO CHIETI
Pec: siapz@pec.asl2abruzzo.it

Per il tramite del SUAP

Il/la sottoscritt _____
nat___ a _____ il _____ residente nel
comune di _____ via _____,
titolare/Legale Rappresentante della ditta _____
_____ sita nel comune di _____
_____, Via _____
_____ Indirizzo e-mail @ _____ pec:
_____ @ _____

C.F., P.IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Telefono/cell: _____

Sede Legale _____

Comune _____

CHIEDE

Ai sensi del D. lgs. 218/2023, art. 17 l'Autorizzazione all'esercizio di attività di:

- ☐ COMMERCIO all'INGROSSO di MEDICINALI VETERINARI.
☐ VENDITA DIRETTA

A tal fine dichiara ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445:

1. di non aver riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali guasti, adulterati o contraffatti;
2. essere iscritto nel registro delle imprese presso la camera di commercio della provincia di _____ competente per territorio;
3. di disporre di almeno una persona designata responsabile del magazzino, in possesso di diploma di laurea in _____, ai sensi della Legge 19/11/1990 n 341, iscritt__ al relativo albo professionale: _____ della provincia di _____, e che

MODELLO 14

non abbia riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali guasti, adulterati o contraffatti; la persona designata responsabile del magazzino svolge l'attività nella sede designata nei giorni _____ con orario _____;

4. di avere implementato le misure di buone pratiche di distribuzione ai sensi del regolamento di esecuzione (UE) 2021/1428 del 29 luglio 2021, riguardante le misure in materia di buona pratica di distribuzione di medicinali veterinari conformemente al Reg. UE 2019/6;
5. di mettere a disposizione dell'autorità competente, ove richiesto, il manuale di qualità o la strategia di documentazione equivalente di cui al Capo II del regolamento di esecuzione (UE) 2021/1428 del 29 luglio 2021.

Allega per il rilascio della autorizzazione la seguente documentazione:

- a) planimetria dei locali, corredata da relazione descrittiva delle condizioni degli stessi;
- b) la dichiarazione ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 da parte della persona designata responsabile del magazzino:
 - di iscrizione al relativo albo professionale e
 - non avere riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari o falsificati;
 - di accettazione dell'incarico con la precisazione di eventuali incarichi in altri magazzini.
- c) Ricevuta del versamento della tariffa regionale di euro 1.032,91 sul c/c postale n. 208678 intestato a "Regione Abruzzo Servizio Tesoreria – L'Aquila" specificando la causale del versamento;
- d) Marca da bollo del valore corrente;

Eventuale comunicazioni su cellulare: _____

o indirizzo e-mail _____@_____

Distinti saluti

_____, li _____

Timbro e firma
del titolare dell'impianto