

Al Direttore del Servizio Veterinario
di **Igiene Allev. e Produzioni Zootecniche**
Az. ULS – Teramo
vetc@pec.aslteramo.it

Oggetto: Richiesta rilascio autorizzazione sanitaria per scorte medicinali veterinari.

Il sottoscritto nato a
il/...../..... e residente in Via
telefono/ CELL. /
legale rappresentante della
P.I.C.F.....
email.....@.....

intende detenere scorte di medicinali veterinari presso :

impianti dove vengono allevati animali :

- produttori di alimenti** ai sensi art.30 e 32 D.Lvo 218/2023
- non produttori di alimenti** ai sensi art 30 e 32 D.Lvo 218/2023

nei locali siti in via n
del comune di (TE). custoditi all'interno di armadio chiudibile a chiave.

Allevamento identificato TE

Responsabile della tenuta delle scorte :

Dott.....Ordine dei Veterinari di n.
Dott.....Ordine dei Veterinari di n.
Dott.....Ordine dei Veterinari di n.

C H I E D E

Alla S.V. il rilascio della prescritta autorizzazione sanitaria. A tal fine ALLEGA:

- Dichiarazione/i del/dei Dott. di accettazione incarico responsabilità detenzione scorte medicinali. Per gli allevamenti i Veterinari devono indicare eventuali strutture presso le quali risultano responsabili della tenuta delle scorte;
- Ricevuta pagamento versamento diritti sanitari veterinari € 51,65 effettuato tramite il portale PagoPA accessibile dal sito della ASL di Teramo (<https://www.aslteramo.it/>) indicando come servizio **“SVIAPZ - Accertamenti Con Sopralluogo Codice Prestazione: 35C”**;
- Marca da bollo valore corrente.

Li

Firma

Allegato a richiesta autorizzazione scorte farmaci veterinari

Dichiarazione di responsabilità tenuta scorte di medicinali veterinari presso

- Strutture Veterinarie** ai sensi art 33 D.Lvo 218/2023
- Impianti allevamento** ai sensi art 32 D.Lvo 218/2023
- per Attività Zoottrica** ai sensi art.34 D.Lvo 218/2023

Il sottoscritto Dott nato a
il/...../..... e residente in Via
iscritto all'albo professionale dei Veterinari della provincia dial n°
telefono/ CELL. /
P.I. C.F..... email.....@.....

d i c h i a r a

di accettare la responsabilità della tenuta ed utilizzazione delle scorte medicinali tenute presso :
..... sita in via / c.da
del comune di

Dichiara inoltre di **NON** * essere responsabile di altre scorte farmaceutiche. * (cancellare in caso contrario)

Nel caso di altri incarichi, indicare le aziende o strutture presso le quali risulta la responsabilità della tenuta ed utilizzazione delle scorte medicinali:

1.
(azienda) (cod allevamento) (comune)
2.
(azienda) (cod allevamento) (comune)
3.
(azienda) (cod allevamento) (comune)
4.
(azienda) (cod allevamento) (comune)

Data

In fede