Requisiti per il responsabile del magazzino e del responsabile della vendita diretta di medicinali veterinari

Il sottoscritto/a

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Indirizzo di residenza	
Telefono	PEC

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 128/12/2000, della decadenza dei benefici sulla base di dichiarazioni non veritieri di cui all'art. 76 del D.P.R. 445 del 128/12/2000 nonché quanto previsto dall'art. 71 del D.P.R. 445 del 128/12/2000 sul consenso prestato dal dichiarante con la presente, al controllo della corrispondenza al vero di quanto dichiarato

In qualità di	☐ Responsabile del magazzino per l'attività di commercio all'ingrosso di medicinali veterinari
	☐ Responsabile dell'attività di vendita diretta di medicinali veterinari

DICHIARA

Requisiti morali e professionali

☐	Di essere in possesso dei requisiti morali e professionali <ul style="list-style-type: none"> - Per l'attività di commercio all'ingrosso di farmaci veterinari - Per l'attività di vendita diretta degli stessi farmaci
☐	Di essere in possesso di diploma di laurea in Farmacia, o in chimica e tecnologie farmaceutiche (ovvero limitatamente al responsabile di magazzino per l'attività all'ingrosso in chimica o chimica industriale) ai sensi della legge 19 novembre 1980 n. 341 e successive modificazioni.
	Denominazione del Titolo di Studio:
	Nome e sede dell'Università:
	Data di conseguimento del Titolo:
	Ordine professionale di appartenenza e data e numero d'iscrizione all'ordine
☐	Di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali irregolari

Accettazione d'incarico

Incarico di responsabile di magazzino e della vendita diretta

Il sottoscritto, dichiara di accettare l'incarico di responsabile di magazzino e della vendita diretta dei farmaci per la Ditta per un periodo di tempo non inferiore a 4 ore per le attività commerciali attivati dalla Ditta presso l'esercizio indicato nella domanda unica. Si impegna a comunicare al SUAP e (e per esso al Dipartimento di prevenzione veterinario) l'eventuale successiva rinuncia a detto incarico

S'impegna altresì a comunicare eventuale sostituto temporaneo nei casi di assenza o impedimento.

Data _____

Firma

Allega documento di identità