

Alla direzione SIAPZ
ASP di Agrigento
Per tramite SIAPZ distretto di _____

OGGETTO: Richiesta autorizzazione alla detenzione di scorte di medicinali veterinari

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____	Nome _____
Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Partita IVA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Data di nascita: ____ / ____ / ____	Cittadinanza: Italiana Sesso M ____ F ____
Luogo di nascita: Stato Italia Comune _____ Prov. ____	
Residenza: Comune _____ Prov. ____	
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _ _ _ _ _	
E-mail: _____ @ _____	
Se disponibile, indicare l'indirizzo PEC _____ @ _____	
Telefono: _____ FAX: _____	

In qualità di

☐ Titolare
☐ Legale rappresentante

- ☐ allevamento di animali destinati alla produzione di alimenti, Codice aziendale _____
- ☐ detenzione di animali non destinati alla produzione di alimenti
- ☐ Struttura cura di animali (ambulatorio, Clinica Veterinaria ambulatorio annesso al rifugio)
- ☐ attività zoiatrica

dell'Impresa/Azienda/Attività

Denominazione o ragione sociale:

☐ ditta individuale ☐ s.s. ☐ s.n.c. ☐ s.r.l. ☐ s.a.s. ☐ s.a.p.a. ☐ s.p.a. ☐ Società Cooperativa

☐ altro _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Partita IVA (se diversa da C.F.) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

con sede legale nel Comune di _____ Prov. | _ | _ |

Via, Piazza _____ n. _____ CAP _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Telefono: _____ Fax _____

_____| Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____
n° _____

FA RICHIESTA

Per il rilascio dell'autorizzazione alla detenzione di scorte medicinali veterinari da detenersi presso il locale di della propria abitazione ☐ allevamento - ☐ struttura di cura animali – ☐ attività zootecnica

☐ struttura di detenzione animali

DICHIARA

Che sensi della norma di settore; è dotato delle seguenti attrezzature per la custodia o conservazione dei medicinali veterinari: ☐ armadietto chiuso, ☐ frigorifero per la

detenzione di farmaci immunologici,

Tali scorte saranno destinate esclusivamente all'attività professionale, al bisogno dell'azienda ed il loro utilizzo avverrà sotto la diretta responsabilità del:

☐ Dott. _____ Iscritto all'Albo professionale dei medici Veterinari della provincia di _____ al n. _____

☐ dallo stesso Iscritto all'Albo professionale dei medici Veterinari della provincia di _____ al n. _____

Si dichiara altresì che il locale utilizzato per le scorte sarà reso accessibile su richiesta delle Autorità di controllo.

Luogo e data _____

Firma del legale rappresentante

Allega:

Planimetria dei locali con relativi armadi dove vengono detenuti le scorte

Per le strutture di detenzione animali ed allevamento

Dichiarazione di accettazione incarico del Medico Veterinario responsabile della scorta