

Allegato A/4

DOMANDA DI AGGIORNAMENTO DELL'ATTO DI AUTORIZZAZIONE DI UN DEPOSITO, GROSSISTA O VENDITA DIRETTA DI FARMACO VETERINARIO, A SEGUITO DI SOSTITUZIONE DEL FARMACISTA RESPONSABILE. Allegato A/4

Spett.le
Regione Lazio
Area Sanità Veterinaria 59/02
Via del Caravaggio 99
00147 Roma

Per il tramite del Servizio Veterinario
Asl

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. _____

Già in possesso del seguente numero di riconoscimento/registrazione/autorizzazione (1)

Rilasciato da _____ con atto n. _____ del _____

ai sensi di (2) _____ Per l'attività di (3) _____

**CHIEDE a Codesta Area
L'AGGIORNAMENTO DELL'ATTO DI AUTORIZZAZIONE PER LA SOSTITUZIONE DEL
FARMACISTA RESPONSABILE**

Per la seguente attività _____

Legenda

- (1) RIPORTARE IL NUMERO DELL'ATTO AUTORIZZATIVO
- (2) INDICARE LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO
- (3) INDICARE L'ATTIVITA' RIPORTATA SULL'ATTO DI AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità di disporre del responsabile sanitario nella figura del Dr. _____ che garantisce la presenza per un minimo di 4 ore giornaliere, è in possesso del diploma di laurea previsto (farmacia, chimica, chimica e tecnologia farmaceutiche o in chimica industriale) ed è iscritto all'albo professionale.

In allegato trasmette la seguente documentazione:

- documentazione relativa al responsabile sanitario quale :
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del luogo e data di nascita, C.F., residenza, stato di famiglia e cittadinanza;
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali irregolari e dichiarazione di accettazione dell'incarico con specificazione di eventuali incarichi presso altri magazzini in cui svolge la stessa attività ed orari di presenza;
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea ed iscrizione allo specifico albo professionale indicando n. e data di iscrizione;
- Attestazione pagamento
- marca da bollo del valore corrente.

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda sia indirizzata al recapito seguente _____ e si impegna a comunicare preventivamente ogni successiva variazione alla Regione Lazio per il tramite della Asl.

Data _____

Firma del legale rappresentante
