

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO PER MEDICI VETERINARI
RESPONSABILI DELLA TENUTA DI SCORTE DI MEDICINALI VETERINARI PRESSO
GLI IMPIANTI AUTORIZZATI AI SENSI DELL'ART. 80 COMMA 1 D.L.VO
193/2006**

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

in qualità di

Medico Veterinario regolarmente iscritto all'Ordine professionale dei Medici Veterinari della Provincia

di _____ n°. iscrizione _____

CONSAPEVOLE CHE:

- ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- delle responsabilità di cui all'art. 81 del D.L.vo 193/06

DICHIARA

- di impegnarsi a custodire, presso i locali indicati nella allegata domanda di autorizzazione del Sig. _____ le scorte di medicinali veterinari necessari per interventi di tipo terapeutico e profilattico;
- di essere a conoscenza degli obblighi relativi alla tenuta del registro di carico e scarico delle scorte, e delle norme che regolano la prescrizione di medicinali veterinari;
- che non ricorrono le circostanze di cui all'art.170 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie (R.D. 1265)
- di non svolgere incarichi di dipendenza o collaborazioni presso enti o strutture pubbliche, aziende farmaceutiche, grossisti o mangimifici
- di essere responsabile della tenuta di scorte di medicinali veterinari presso i sotto indicati impianti:

ASL	COMUNE	TITOLARE	TIPO IMPIANTO

(allegare eventuale elenco)

- di individuare i seguenti medici veterinari autorizzati ad operare in mia vece presso l'impianto di allevamento e di custodia ai sensi dell'art. 1 comma 1 lettera d) del D.L.vo 143/2007 che modifica l'art 81 del D.L.vo 193/2006:

NOME E COGNOME DEI VETERINARI DELEGATI	INDIRIZZO DI RESIDENZA	COMUNE DI RESIDENZA	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	FIRMA PER ACCETTAZIONE

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

'Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

_____ li _____

TIMBRO E FIRMA DEL
VETERINARIO RESPONSABILE

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità nr. _____

Data _____ Il dipendente addetto _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

La compilazione del modulo è necessaria affinché il Veterinario libero professionista assuma la responsabilità di tenuta della scorta di medicinali veterinari, presso un allevamento zootecnico.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo deve essere compilato dal Veterinario libero professionista responsabile delle scorte.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modello può essere:

- a) firmato in presenza del dipendente addetto dell'Ufficio Veterinario competente per territorio al quale è consegnato. In caso di firma del modello in presenza del dipendente addetto all'ufficio, il sottoscrittore verrà identificato previa esibizione di un documento di identità;
- b) spedito, tramite posta ordinaria, ai recapiti ASL sotto indicati, territorialmente competenti, con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- c) trasmesso **da P.E.C.** o da **casella di posta elettronica ordinaria (mail)** all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- d) trasmesso **esclusivamente da P.E.C.** all'indirizzo **P.E.C.:** dip.prevenzione.aslcn1@legalmail.it, con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- e) **firmato digitalmente** e trasmesso da **P.E.C.** all'indirizzo **P.E.C.** dip.prevenzione.aslcn1@legalmail.it.

RIFERIMENTI

Uffici:

AMBITO CUNEO: Servizio Veterinario di Area C - corso Francia 10 - 12100 Cuneo

Tel: 0171/450146

AMBITO MONDOVI: Servizio Veterinario di Area C - CASCINA VIGNABEN Località Beila - Via Conti di Sambuy - 12084 Mondovì

Tel. 0174/676124

AMBITO FOSSANO/SAVIGLIANO: Servizio Veterinario Area C - Via Lancimano 51 - 12045 Fossano

Tel: 0172/699333

AMBITO SALUZZO: Servizio Veterinario Area C - Via della Resistenza 6/ - complesso Le Corti - 12037 Saluzzo.

Tel: 0175/479756

E_mail: igiene.allevamenti@aslcn1.it