A.S.L. CN1

**Sede legale ASL CN1**
Via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)
P.IVA 01128930045
T. 0171.450111
protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

# COMUNICAZIONE DEL MEDICO VETERINARIO RESPONSABILE DELLA TENUTA DI SCORTE DI MEDICINALI PRESSO GLI STABILIMENTI IN CUI SI ALLEVANO E SI DETENGONO ANIMALI

## art. 31 e art. 32 Decreto Legislativo 7 dicembre 2023, n. 218

ASL CN1
Al Direttore Servizio Veterinario
Area Igiene degli Allevamenti
e delle Produzioni Zootecniche

Sede di _____

**Il/La 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 _____ PEC _____

regolarmente iscritto all'Ordine professionale dei Medici Veterinari della Provincia

di _____ n° iscrizione_____

☐ **dichiara di ACCETTARE l'incarico**

☐ **dichiara di REVOCARE l'incarico**

di Medico Veterinario responsabile della detenzione e utilizzo delle scorte di medicinali, nonché delle registrazioni di competenza nel Sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute, presso lo stabilimento:

Denominazione stabilimento _____

Sito a _____(____) in via /loc._____

Codice aziendale _____CN _____ Codice stabilimento_____

Condotto da (1) _____ tel _____

in cui viene svolta la seguente attività (2) _____

CF/P.IVA _____

(1) *in caso di aziende in soccida*

(2) *specificare secondo i casi: consistenza e tipo di allevamento (specie/categoria/orientamento produttivo)/altra attività*

**CONSAPEVOLE:**
- ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, che 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;

## COMUNICA

- di non svolgere incarichi di dipendenza o collaborazione con i titolari delle autorizzazioni in commercio, con i fabbricanti, distributori all'ingrosso e con gli operatori del settore dei mangimi o essere dipendente del Servizio sanitario nazionale;
- di essere a conoscenza degli obblighi previsti dalla normativa vigente;
- che gli ulteriori stabilimenti, presso i quali i veterinari delegati risultano responsabili delle stesse attività, sono registrati nel Sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute;
- che il/i veterinari delegati ad operare presso lo stabilimento è/sono:

| NOME E COGNOME DEI VETERINARI DELEGATI | ORDINE E N. DI ISCRIZIONE | CODICE FISCALE |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

***INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:***
"I dati personali raccolti nel presente modulo saranno trattati in conformità al Reg. UE 2016/679, alla normativa italiana sulla privacy e ai provvedimenti in materia del Garante per la Protezione dati Personali.
Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal titolare del trattamento sulla base delle norme vigenti, con le finalità, le modalità, le definizioni e le garanzie sui diritti contenute nell'Informativa per la protezione dei dati personali, affissa nei locali dell'ASLCN1 e disponibile sul sito dell'ASLCN1 al link https://www.aslcn1.it/protezione-dei-dati-personali .
La raccolta dei suoi dati personali è finalizzata alla gestione della pratica di accettazione/revoca dell'incarico e registrazione dei delegati

_____, lì _____

Timbro e firma del
Veterinario Responsabile

_____

## ***INFORMAZIONI***

**A COSA SERVE IL MODULO**
La compilazione del modulo è necessaria al Veterinario responsabile delle scorte affinché comunichi l'accettazione dell'incarico, affidi i compiti di detenzione, utilizzo e registrazione delle scorte a uno o più medici veterinari delegati che ne assumono la relativa responsabilità, o revochi l'incarico stesso.

**CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**
Il modulo deve essere compilato dal Veterinario 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) trasmesso **da P.E.C.** o da **casella di posta elettronica ordinaria (mail)** all'indirizzo: igiene.allevamenti@aslcn1.it con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
c) **firmato digitalmente** e trasmesso da **P.E.C.** all'indirizzo **P.E.C.** protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

**MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA**
Ricevuta la comunicazione, l'autorità competente registra nel sistema informativo della tracciabilità le informazioni di cui sopra entro 30 gg.

**RIFERIMENTI UFFICI:** *e-mail* igiene.allevamenti@aslcn1.it

**AMBITO CUNEO:**
**Servizio veterinario Area C - corso Francia 10 – 12100 Cuneo - Tel. 0171 450372**
**AMBITO MONDOVI':**
**Servizio veterinario Area C – via Conti di Sambuy 4 - 12084 Mondovì - Tel. 0174 676125**
**AMBITO FOSSANO:**
**Servizio veterinario Area C – via Lancimano 51 – 12045 Fossano – Tel. 0172 699333**
**AMBITO SAVIGLIANO*:***
**Servizio veterinario Area C – via Torino 143 – 12038 Savigliano – Tel. 0172 240660 -661**
**AMBITO SALUZZO:**
**Servizio veterinario Area C - via della Resistenza 16/F (Le Corti) – 12037 Saluzzo Tel. 0175 479756**