

DOMANDA DI CAMBIO DELLA REGIONE SOCIALE

Marca da
bollo
€ 16,00

Spett.le
Regione Lazio
Area Promozione della Salute e Prevenzione
Ufficio Veterinaria e Sicurezza Alimentare
prevenzionepromozionesalute@pec.regione.lazio.it

Per il tramite del Servizio Veterinario
ASL

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

Stato _____ Cittadinanza _____

Codice fiscale _____

Residente nel Comune di _____ Prov. _____

Via/Piazza/Fraz. _____ CAP _____

In qualità di ☐ Titolare ☐ Legale Rappresentante dello stabilimento / Ditta¹ _____

con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____

Via/Piazza/Fraz. _____

CAP _____ Telefono _____ / Fax _____

Codice Fiscale _____

P.IVA (se diversa dal codice fiscale) _____

e-mail _____ PEC _____

Già in possesso del seguente numero di riconoscimento/registrazione/autorizzazione ²

Rilasciato da _____ con atto n. _____ del _____

¹ denominazione o ragione sociale registrata alla CCIAA

² riportare il numero di riconoscimento/registrazione o identificazione dell'atto autorizzativo

ai sensi di ³ _____ Per l'attività di⁴ _____

CHIEDE

Di aggiornare l'autorizzazione, ai sensi del D.Lgs. 218/2023, per *(barrare la voce di interesse)*:

☐ **variazione della ragione sociale**

dalla Ditta⁵ _____

alla Ditta⁶ _____

☐ **variazione del legale rappresentante**

da _____

a _____

☐ **variazione della sede legale**

da _____

a _____

☐ **sostituzione del responsabile del magazzino/del responsabile della vendita diretta**

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità:

1. di disporre dei locali, installazioni e attrezzature idonei e sufficienti a garantire una buona conservazione e distribuzione dei medicinali veterinari;
2. di disporre di una persona designata come responsabile del magazzino/delle vendite, in possesso del diploma di laurea previsto (farmacia, chimica, chimica e tecnologia farmaceutiche o in chimica industriale) ed è iscritto all'albo professionale, che non ha riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari;
3. che le caratteristiche strutturali, funzionali e procedurali risultano immutate rispetto a quelle che hanno consentito il rilascio dell'autorizzazione n. _____ del ____/____/____;
4. di non avere riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari.

In allegato trasmette la seguente documentazione *(barrare la voce di interesse)*:

- ☐ Certificato di iscrizione al registro delle imprese della camera di commercio non anteriore a 6 mesi o dichiarazione sostitutiva di certificazione;

³ indicare la normativa di riferimento

⁴ indicare l'attività svolta

⁵ indicare la vecchia ragione sociale

⁶ indicare la nuova ragione sociale

- ☐ Documentazione notarile comprovante il cambio di ragione sociale/legale rappresentante/sede legale;
- ☐ documentazione relativa al responsabile del magazzino/della vendita diretta 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
 - ✓ 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 numero e data di iscrizione.
- ☐ Ricevuta di versamento
- ☐ Marca da bollo di valore corrente
- ☐ copia atto di autorizzazione n. _____ del ____/____/____

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

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene inoltrata la presente domanda e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali ai fini degli adempimenti necessari per l'erogazione della prestazione richiesta. Prende atto del diritto di accedere ai propri dati ed ottenere le informazioni e quant'altro previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/03.

Data _____ Firma _____

Dichiarazione sostitutiva
DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

prov _____ via _____

In possesso del diploma di laurea in _____ iscritto dal _____

al n. _____ dell'ordine/albo dei _____ di _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di accettare l'incarico di responsabile del magazzino per l'attività di:

- ☐ vendita all'ingrosso di medicinali veterinari
- ☐ attività di deposito di medicinali veterinari
- ☐ vendita diretta di medicinali veterinari

così come disciplinata dal D. Lgs. 218/2023 presso la sede/sedi della ditta:

1) _____ sita

in _____ via _____ n. _____

2) _____ sita

in _____ via _____ n. _____

Dichiara inoltre di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali irregolari e di garantire:

- ☐ la presenza nella sede di vendita all'ingrosso di medicinali veterinari ⁽⁴⁾
- ☐ la presenza nella sede di deposito di medicinali veterinari ⁽¹⁾
- ☐ la presenza nella sede di vendita diretta di medicinali veterinari, negli orari e nei giorni sottoindicati e di non avere incarichi di direttore o titolare di farmacia

Si comunica che la VENDITA DIRETTA (art. 23 del D. Lgs. 218/2023) verrà effettuata presso la sede su menzionata, nell'orario seguente:

dal lunedì al venerdì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

Sabato dalle ore _____ alle ore _____

(1) _____

_____, li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

⁽¹⁾ comunicare eventuali incarichi presso altri magazzini.

* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. Va allegata necessariamente la fotocopia di un documento di identità valido.

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.