

**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 _____
Al Direttore Servizio Veterinario
Area Igiene degli Allevamenti
e delle Produzioni Zootecniche

Sede di _____

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 _____ 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 operar presso lo stabilimento è/sono:

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

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 _____ 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 _____, 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 _____ è presentata contattando l'U.R.P. (indirizzo, mail) _____

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

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:

- 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;
- trasmesso **da P.E.C.** o da **casella di posta elettronica ordinaria (mail)** all'indirizzo: _____, con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- firmato digitalmente** e trasmesso da **P.E.C.** all'indirizzo **P.E.C.** _____

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: *mail* _____

AMBITO _____: Servizio veterinario Area C - indirizzo

AMBITO _____: Servizio veterinario Area C - indirizzo

Stesura		Verifica / Approvazione	Emissione
Assistente Amministrativo		Direttore Dipartimento di Prevenzione Dr.	Luglio 2025