

**COMUNICAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO  
RESPONSABILE DELLA TENUTA DI SCORTE DI MEDICINALI  
PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE DI CURA DEGLI ANIMALI  
art. 31 e art. 33 Decreto Legislativo 7 dicembre 2023, n. 218**

ASL TO4  
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 \_\_\_\_\_

**in qualità di**

Medico Veterinario Direttore Sanitario della struttura sanitaria di cura degli animali denominata:

\_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_  
sita in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
regolarmente iscritto all'Ordine professionale dei Medici Veterinari della Provincia  
di \_\_\_\_\_ n° iscrizione \_\_\_\_\_

**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;
- delle responsabilità di cui all'art. 33 del D.L.vo 218/2023

## □ COMUNICA

- di impegnarsi a custodire, sotto la propria responsabilità, le scorte di medicinali necessarie per l'esercizio dell'attività professionale, presso la struttura sanitaria di cura degli animali sopra meglio identificata;
- di essere a conoscenza degli obblighi normativi previsti per la detenzione, l'utilizzo delle scorte e la corretta tracciabilità dei medicinali;
- di tenere aggiornato l'elenco dei medici veterinari collaboratori a cui è consentito l'accesso alla scorta:

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

## □ COMUNICA LA VARIAZIONE

relativa a (vedi sezione **Informazioni**): \_\_\_\_\_

Nel caso di variazioni legate ai medici veterinari collaboratori:

NOME E COGNOME DEI VETERINARI COLLABORATORI	ORDINE E N. DI ISCRIZIONE	CODICE FISCALE	AGGIORNAMENTO
			<input type="checkbox"/> NUOVO COLLABORATORE <input type="checkbox"/> COLLABORAZIONE CESSATA
			<input type="checkbox"/> NUOVO COLLABORATORE <input type="checkbox"/> COLLABORAZIONE CESSATA
			<input type="checkbox"/> NUOVO COLLABORATORE <input type="checkbox"/> COLLABORAZIONE CESSATA

**COMUNICA LA REVOCA**

dell'impegno di direttore sanitario responsabile della tenuta di scorte di medicinali.

**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 CN\_\_\_\_\_, 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 email:\_\_\_\_\_

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  
Direttore Sanitario

\_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

La compilazione del modulo è necessaria affinché il direttore sanitario si impegni alla tenuta delle scorte di medicinali, alla comunicazione di eventuale variazione dati (residenza, iscrizione ordine, etc.), alla revoca del direttore sanitario stesso e all'aggiornamento dell'elenco dei medici veterinari collaboratori che possono utilizzare la scorta dei medicinali all'interno e all'esterno della struttura.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

Il direttore sanitario della struttura.

### **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 aggiorna nel sistema informativo della tracciabilità le informazioni di cui sopra.

**RIFERIMENTI UFFICI:** *mail* \_\_\_\_\_

**AMBITO** \_\_\_\_\_: Servizio veterinario Area C - indirizzo

**AMBITO** \_\_\_\_\_: Servizio veterinario Area C - indirizzo

<b>Stesura</b>		<b>Verifica / Approvazione</b>	<b>Emissione</b>
Assistente Amministrativo		Direttore Dipartimento di Prevenzione Dr. _____	Luglio 2025