

**COMUNICAZIONE DEL MEDICO VETERINARIO PER LA DETENZIONE DI
SCORTE DI MEDICINALI NELL'AMBITO DELL'ESERCIZIO
DELL'ATTIVITA' ZOOIATRICA
art. 31 e art. 34 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/P.I. _____

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

telefono (fisso o mobile) _____

e-mail _____ PEC _____

in qualità di

Medico Veterinario regolarmente iscritto all'Ordine professionale dei Medici Veterinari della Provincia
di _____ n° iscrizione _____

COMUNICA ai sensi dell'art. 31 e dell'art.34 del D.L.vo 218/2023, l'esigenza di detenere
scorte di medicinali nell'ambito dell'esercizio dell'attività zootiatrica.

La scorta sarà ubicata al seguente indirizzo: _____

Descrizione e ubicazione del locale: _____

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,

DICHIARA

- 1) di essere responsabile della suddetta scorta;
- 2) di essere a conoscenza dell'obbligo previsto dall'art.31 e dall'art. 34 del D.L.vo 2018/2023, circa gli adempimenti relativi al carico e allo scarico;

- 3) che le scorte saranno conservate in modo conforme alle condizioni prescritte nell'autorizzazione dell'immissione in commercio e custodite in locali resi accessibili alle autorità competenti;
- 4) che l'ubicazione del locale adibito alla detenzione della scorta zootecnica non coincide con una struttura di cura di cui all'articolo 33 del D.L.vo 218/2023.

COMUNICA LA VARIAZIONE

relativa all'indirizzo di ubicazione delle scorte, all'interno della stessa ASL di appartenenza:

COMUNICA LA REVOCA

della detenzione 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_____, 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).

_____, lì _____

Timbro e firma del Veterinario _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

La compilazione del modulo è necessaria affinché il Veterinario libero professionista comunichi l'esigenza di detenere scorte di medicinali nell'esercizio dell'attività zoiatrica, comunichi la variazione dell'ubicazione del locale scorta all'interno della propria Azienda Sanitaria Locale, comunichi la revoca della stessa scorta zoiatrica.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il Veterinario libero professionista.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo 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: _____, 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.** _____

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 giorni.

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	Luglio 2025