Modello 10

Domanda di autorizzazione alla distribuzione di mangimi medicati e prodotti intermedi - Art. 9 D.L.vo 90/93 e art. 13 commi 6-7 D.M. 16.11.93

AL MINISTERO DELLA SALUTE
DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ ANIMALE
E DEI FARMACI VETERINARIO
Ufficio 7 DGSA – Alimentazione animale
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
dgsa@postacert.sanita.it

ALLA REGIONE PIEMONTE
Direzione Sanità e Welfare
Settore Prevenzione Veterinaria
Corso Regina Margherita 153 bis
10122 TORINO

per il tramite :

AL SERVIZIO VETERINARIO - ASL AL

Dipartimento di Prevenzione
Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche
15121 Alessandria Spalto Marengo, 37

RACCOMANDATA A.R. / INVIO TRAMITE P.E.C. aslal@pec.aslal.it

Oggetto: Domanda di autorizzazione alla distribuzione di mangimi medicati e prodotti intermedi.

Il sottoscritto _____, nato il

__/__/____/ a _____ (____), residente nel comune

di _____, via _____

_____, n._____,

Codice Fiscale _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Partita Iva _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_____, e mail _____@ _____ , in qualità di

legale rappresentante della ditta _____

_____, con sede legale nel comune di _____

_____, via _____

n._____ e sede operativa nel comune di _____

CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere l'attività alla vendita di mangimi medicati e prodotti intermedi ai sensi dell'art.9 del Decreto Legislativo 90/93 e dell'art. 13, commi 6- e 7 del D.M. 16/11/1993.

Alla domanda allega i seguenti documenti:

a) 1 marca da bollo da € 16,00 per il decreto;

b) planimetria in scala non inferiore a 1:1000 (preferibilmente 1:100) in duplice copia;

c) atto costitutivo della società e relativo statuto o certificato di iscrizione alla Camera di Commercio;

d) atto pubblico attestante la disponibilità dei locali (contratto di affitto – atto di acquisto);

e) certificato di vigenza del Tribunale o autocertificazione corredata di fotocopia del documento d'identità del dichiarante che accerti che nei confronti della ditta richiedente non siano in corso procedure concorsuali di qualsiasi genere;

f) attestazione del versamento di € 325,37 sull' IBAN – IT 49C 01000 03245 348 0 20 2225 00 del Ministero della Salute – causale: autorizzazione distribuzione mangimi medicati.

Luogo e data _____

Firma

_____