

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO PER MEDICI VETERINARI RESPONSABILI DELLA TENUTA DI SCORTE DI MEDICINALI VETERINARI PRESSO IMPIANTI AUTORIZZATI AI SENSI DELL'ART. 80 D.L.vo 193/06 e s.m.i.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_.\_\_.\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_,

in qualità di Medico Veterinario regolarmente iscritto all'Ordine Professionale dei Medici

Veterinari della provincia di \_\_\_\_\_, numero d'iscrizione all'albo

\_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità di cui all'art. 80 del D.L.vo 193/06 e s.m.i., si

impegna a custodire presso i locali indicati nell' allegata domanda di autorizzazione del Sig.

\_\_\_\_\_ titolare dell'impianto sito nel Comune di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

specie allevata \_\_\_\_\_;

consistenza \_\_\_\_\_;

tipologia \_\_\_\_\_;

Codice allevamento \_\_/\_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/ condotto da

\_\_\_\_\_

scorte di medicinali veterinari per interventi di tipo terapeutico e profilattico.

Dichiara inoltre:

- di essere a conoscenza degli obblighi previsti riguardo alla modalità di tenuta delle scorte e dell'apposito registro di carico e scarico e delle norme che regolano la prescrizione di medicinali veterinari;
- di essere responsabile della tenuta di scorte di medicinali veterinari presso ulteriori strutture di seguito indicate:

A.S.L.	COMUNE	IMPIANTO	TIPOLOGIA

- di non svolgere incarichi di dipendenza o collaborazione presso enti o strutture pubbliche, aziende farmaceutiche, grossisti o mangimifici.

**Mod. 2**

Indica inoltre il/i nominativo/i del/i Medico/i Veterinario/i autorizzato/i ad operare in sua vece presso il suddetto impianto, di cui allega dichiarazione di accettazione:

---

---

---

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

TIMBRO e FIRMA

---