

**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 BI
Al Responsabile Servizio Veterinario
Area Igiene degli Allevamenti
e delle Produzioni Zootecniche

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 SOSTITUTI	ORDINE E N. DI ISCRIZIONE	CODICE FISCALE

☐ COMUNICA LA VARIAZIONE

relativa a (vedi sezione **Informazioni**): _____

Nel caso di variazioni legate ai medici veterinari sostituti:

NOME E COGNOME DEI VETERINARI SOSTITUTI	ORDINE E N. DI ISCRIZIONE	CODICE FISCALE	AGGIORNAMENTO
			<input type="checkbox"/> NUOVO SOSTITUTO <input type="checkbox"/> SOSTITUZIONE CESSATA
			<input type="checkbox"/> NUOVO SOSTITUTO <input type="checkbox"/> SOSTITUZIONE CESSATA
			<input type="checkbox"/> NUOVO SOSTITUTO <input type="checkbox"/> SOSTITUZIONE 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 BI 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 BI, 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 BI è presentata contattando l'U.R.P. (recapiti disponibili sul sito aziendale al seguente link: <https://aslbi.piemonte.it/urp/>)

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 comunicazione della revoca dell'incarico di direttore sanitario e all'aggiornamento dell'elenco dei medici veterinari sostituiti che possono operare in sua vece.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il direttore sanitario della struttura.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modello 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: : area.c@aslbi.piemonte.it , 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.** servizio.veterinario@cert.aslbi.piemonte.it

MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA

Ricevuta la comunicazione, l'autorità competente aggiorna nel sistema informativo della tracciabilità le informazioni di cui sopra. Si informa che, ai sensi del D.lgs 32/2021, tale attività è soggetta al versamento di una tariffa pari a 20€. Copia dell'avviso di pagamento sarà inviata una volta evasa la pratica.

RIFERIMENTI UFFICI: e-mail: area.c@aslbi.piemonte.it – Tel. 015/15159250