

## REGIONE CAMPANIA – FORM AAA

### Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

### AUTOCERTIFICA

- di essere laureato in medicina veterinaria
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_
- di essere stato designato come direttore sanitario veterinario del centro specializzato in IAA  
con animali residenti sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

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

FIRMA

**REGIONE CAMPANIA - FORM B**

**Oggetto: Autocertificazione**

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICA**

- di essere laureato in medicina veterinaria
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_
- di assumere la responsabilità della scorta di farmaci veterinari detenuti presso:
  - studio veterinario
  - ambulatorio veterinario
  - clinica veterinaria - casa di cura veterinaria
  - ospedale veterinario
  - allevamento di animali destinati alla produzione di alimenti (DPA)
  - allevamento di animali non destinati alla produzione di alimenti (non DPA)

sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

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

FIRMA

## REGIONE CAMPANIA – FORM BBB

### Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

### AUTOCERTIFICA

- di essere laureato in \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_
- di essere stato designato come direttore sanitario del centro che eroga TAA sito nel Comune di \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

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

FIRMA

## REGIONE CAMPANIA -FORM C

### Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

### AUTOCERTIFICA

- di assumere la responsabilità del controllo di qualità dello stabilimento che produce AIP sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del diploma di laurea in
  - farmacia
  - chimica
  - chimica e tecnologia farmaceutiche
  - biologia
  - medicina
  - scienze e tecnologia alimentari
- di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_  
con numero \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

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

FIRMA

## REGIONE CAMPANIA -FORM EE

### Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

#### AUTOCERTIFICA

- di assumere la responsabilità sanitaria del magazzino adibito a commercio all'ingrosso di farmaci veterinari
  - con vendita al dettaglio
  - senza vendita al dettaglio,
- sito nel Comune di \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del diploma di laurea in
  - farmacia
  - chimica
  - chimica e tecnologia farmaceutiche
  - chimica industriale
- di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_
- che non ha riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari
- che nel caso abbia la responsabilità di più magazzini appartenenti allo stesso titolare, l'attività svolta in ciascun magazzino ha una durata minima di almeno quattro ore giornaliere.

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

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

FIRMA



**REGIONE CAMPANIA –FORM FF**

**Oggetto: Autocertificazione**

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICA**

- di essere laureato in \_\_\_\_\_
- di assumere la responsabilità dell’attuazione del piano di sorveglianza ex D.L.vo 148/08 dello stabilimento di \_\_\_\_\_  
sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell’ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall’Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

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

**FIRMA**

## REGIONE CAMPANIA – FORM HH

### Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

### AUTOCERTIFICA

- di assumere la responsabilità sanitaria della vendita al dettaglio di farmaci veterinari effettuata nel magazzino adibito a commercio all'ingrosso di farmaci veterinari, sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del diploma di laurea in
  - farmacia
  - chimica
  - chimica e tecnologia farmaceutiche
  - chimica industriale
- di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_
- che non ha riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari
- che la vendita diretta viene effettuata nei seguenti giorni e orari
  - lunedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
  - martedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
  - mercoledì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
  - giovedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
  - venerdì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
  - sabato dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

- di avere/non avere la responsabilità di altri magazzini;  
nel caso si abbia la responsabilità di altri magazzini gli orari di vendita al dettaglio effettuati presso questi ultimi sono i seguenti:
  - lunedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
  - martedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
  - mercoledì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
  - giovedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
  - venerdì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
  - sabato dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
- di essere a conoscenza che nel caso abbia la responsabilità di più magazzini, l'attività può essere svolta in ciascun magazzino solo alla sua presenza.
- di essere a conoscenza che l'incarico di farmacista responsabile della vendita diretta presso il magazzino autorizzato e' incompatibile con la figura di direttore o titolare di farmacia

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

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

FIRMA

**REGIONE CAMPANIA - FORM MM**

**Oggetto: Autocertificazione**

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICA**

- di essere laureato in medicina veterinaria
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_
- di assumere la responsabilità sanitaria della:
  - stazione di inseminazione artificiale equina
  - centro produzione materiale seminale
  - centro di produzione embrioni
  - gruppo di raccolta embrioni

sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

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

**FIRMA**

**REGIONE CAMPANIA - FORM N**

**Oggetto: Autocertificazione**

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICA**

- di essere laureato in medicina veterinaria
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_
- di assumere la responsabilità sanitaria della:
  - ambulatorio veterinario
  - clinica veterinaria - casa di cura veterinaria
  - ospedale veterinariosito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

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

**FIRMA**

## REGIONE CAMPANIA - FORM QQ

### Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

### AUTOCERTIFICA

- di essere laureato in medicina veterinaria
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_
- di assumere la responsabilità sanitaria del canile/pensione per animali da compagnia sito nel  
Comune \_\_\_\_\_ di  
\_\_\_\_\_ alla via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP  
\_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

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

FIRMA

**REGIONE CAMPANIA – FORM ZZ**

**Oggetto: Autocertificazione**

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICA**

- di essere laureato in medicina veterinaria
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_
- di essere stato designato come medico veterinario esperto in medicina degli animali da laboratorio, che prescrive le modalita' per il benessere e il trattamento terapeutico degli animali allevati presso l'allevamento sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

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

**FIRMA**