MODELLO DI DOMANDA (apporre tre marche da bollo da € 16,00) PER CHIEDERE LA **PRIMA AUTORIZZAZIONE** PER LE IMPRESE CHE AI FINI DEL COMMERCIO ALL’INGROSSO DI MEDICINALI A BASE DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE UTILIZZANO **DEPOSITI TERZI AUTORIZZATI**

(D.P.R. 309/90 e successive modifiche e aggiornamenti)

Ministero della Salute

Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico

Ufficio Centrale Stupefacenti

Via G. Ribotta, n. 5 - 00144 Roma

 PEC: dgfdm@postacert.sanita.it

Il/La sottoscritt.….attuale responsabile della ditta…..…………………………………………………………………

con sede legale in……………………………………………………………………………………………………….

magazzino/officina sito in………………………………………………………………………………………………

PEC…………………………………………………………………………………..telefono………………………..

e-mail responsabile ……………………………….……………………………………………………………………

**CHIEDE LA PRIMA**

autorizzazione ai fini del commercio all’ingrosso di stupefacenti e sostanze psicotrope, **utilizzando depositi terzi autorizzati al commercio all’ingrosso**, dei medicinali di seguito indicati:

-

-

-

-

I depositi e/o officine autorizzati, che si intendono utilizzare per il transito, lo stoccaggio e/o la trasformazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, sono quelli sotto indicati:

-

-

-

Si allega la seguente documentazione:

1) Certificato o dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa all’iscrizione alla Camera di Commercio da cui risulti il nominativo del titolare o del legale rappresentante, la ragione sociale e l'esatta ubicazione dell'impresa;

2) Certificato o dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al casellario giudiziale del titolare o legale rappresentante dell'impresa;

3) Certificato o dichiarazione sostitutiva di certificazione dei carichi pendenti della Procura presso il Tribunale del titolare o legale rappresentante,

4) Certificato o dichiarazione sostitutiva di certificazione di residenza e stato di famiglia del titolare o legale rappresentante;

5) Nominativi e indirizzi completi dei depositi e/o officine italiani autorizzati che si intendono utilizzare per il transito e/o lo stoccaggio degli stupefacenti e sostanze psicotrope.

6) Accettazione dell’incarico di espletare tutte le relative operazioni, per conto della ditta intermediatrice, da parte dei legali rappresentanti e dei direttori tecnici dei depositi e/o officine farmaceutiche;

7) Attestazione del versamento presso la Tesoreria Provinciale di Viterbo della tariffa di euro 229,70 da effettuare, in alternativa, con le seguenti modalità:

- c/c. postale n. 1005116734;

- Bonifico bancario IBAN: IT-58-C-07601-14500-001005116734 - CODICE BIC/SWIFT: BPPIITRRXXX

………..……li…………….. Il legale rappresentante

 (timbro e firma)

**N.B.:**

In caso di autocertificazioni, è necessario allegare copia di un documento in corso di validità.

La modulistica in uso dell’autocertificazione deve prevedere l’espressa indicazione del richiamo alle sanzioni penali per chi rilascia false dichiarazioni e l’informativa prevista dall’art.10 della legge sulla privacy.