MODELLO DI DOMANDA (apporre tre marche da bollo da € 16,00) PER CHIEDERE LA **SOSTITUZIONE DELLA PERSONA QUALIFICATA/RESPONSABILE** (D.P.R. 309/90 s.m.i.)

Ministero della Salute

DGDMF - 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……………………………………………………………………………………………………….

in possesso del D.D. n. ……………..………con validità:………..……………………………Codice ditta:………………….

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

e-mail responsabili (legale rappr./persona qualificata)………………………………………………………………………….

**CHIEDE LA SOSTITUZIONE**

della persona qualificata il Dr. …………………………………………………………………………………………….. con il Dr…………………………………………………………………………………… a far data dal……………………..

Si dichiara che nulla è variato circa la ragione sociale, i locali e la legale rappresentanza.

La A.S.L. competente per territorio è la seguente: (indirizzo completo)

…………………………………………………………………………………………………………………………………

Si allega la seguente documentazione:

1) Copia dell’autorizzazione di officina farmaceutica rilasciata dall'Ufficio competente dell’AIFA, valida per classi di sostanze e/o forme farmaceutiche ed il nominativo della/e persona/e qualificata responsabile dell’officina.(\*) (\*\*);

2) 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;

3) Certificato o dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al casellario giudiziale del titolare o legale rappresentante dell'impresa, nonché della persona qualificata;

4) Certificato o dichiarazione sostitutiva di certificazione dei carichi pendenti della Procura della Repubblica presso il Tribunale di competenza del titolare o legale rappresentante, nonché della persona qualificata;

5) Certificato o dichiarazione sostitutiva di certificazione di residenza e stato di famiglia del titolare o legale rappresentante, nonché della persona qualificata;

6) Autocertificazione del titolo di studio della persona qualificata;

7) Accettazione dell’incarico da parte della persona qualificata;

8) 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

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

 (timbro e firma)

(\*) Per l’impiego di Gammabutirrolattone **(GBL)** è necessaria l’aut. A.I.F.A. di Officina Farmaceutica nel caso si producano farmaci.

(\*\*) Nel caso di attività di sola ricerca, sperimentazione o indagini di laboratorio è sufficiente fornire l’autorizzazione delle competenti Autorità (Regionali/Statali) che dimostri l’idoneità dei locali.

**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.