

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.

_____, lì _____

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 :
☐ allevamento di animali destinati alla produzione di alimenti (DPA)
☐ concentramento 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.

_____, lì _____

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.

_____, lì _____

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.

_____, lì _____

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 _____
) di assumere la responsabilità della corretta applicazione delle radiazioni ionizzanti su alimenti presso lo stabilimento 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.

_____, lì _____

FIRMA

REGIONE CAMPANIA – FORM DDD

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 _____
) di assumere la responsabilità della corretta applicazione delle radiazioni ionizzanti su alimenti presso lo stabilimento 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.

_____, lì _____

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.

_____, lì _____

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 –FORMHH

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 ☐ o non avere ☐ 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.

_____, lì _____

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.

_____, lì _____

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 veterinario
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.

_____, lì _____

FIRMA

REGIONE CAMPANIA –FORM NN

Oggetto: macellazione con rito religioso

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 l'Autorità religiosa ☐ islamica ☐ braica competente per il territorio dove insiste il
macello sito nel Comune di _____
alla via _____
n. _____ CAP _____ condotto da _____

e come tale ha la competenza ad elencare le persone che possono partecipare alla macellazione
secondo il rito religioso ex art. 4 punto 4 del Reg CE 1099/2009:

1. (nome) _____
(cognome) _____
nato a (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____ il _____ e
residente in (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____
alla via _____ n. _____
CAP _____ C.F. _____
domicilio digitale _____
2. (nome) _____
(cognome) _____
nato a (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____ il _____ e
residente in (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____
alla via _____ n. _____
CAP _____ C.F. _____
domicilio digitale _____
3. (nome) _____
(cognome) _____
nato a (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____ il _____ e
residente in (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____
alla via _____ n. _____

- CAP _____ C.F. _____
domicilio digitale _____
4. (nome) _____
(cognome) _____
nato a (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____ il _____ e
residente in (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____
alla via _____ n. _____
CAP _____ C.F. _____
domicilio digitale _____
5. (nome) _____
(cognome) _____
nato a (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____ il _____ e
residente in (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____
alla via _____ n. _____
CAP _____ C.F. _____
domicilio digitale _____
6. (nome) _____
(cognome) _____
nato a (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____ il _____ e
residente in (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____
alla via _____ n. _____
CAP _____ C.F. _____
domicilio digitale _____

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.

_____, lì _____

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/fornitura 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.

_____, lì _____

FIRMA