

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.

_____, lì _____

FIRMA

REGIONE CAMPANIA – FORM FFF

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 di veterinario di :

☐ centro materiale germinale

☐	CENTRO RACCOLTA SPERMA	All.1,parte 1,punto1 REG UE 2020/686
☐	STABILIMENTO DI TRASFORMAZIONE MATERIALE GERMINALE	All.1,parte 4, punto1 REG UE 2020/686
☐	CENTRO STOCCAGGIO MATERIALE GERMINALE	All.1,parte 15 punto1 REG UE 2020/686

☐ del gruppo raccolta/produzione embrioni

☐	GRUPPO RACCOLTA EMBRIONI	All.1,parte 2,punto1 REG UE 2020/686
☐	GRUPPO PRODUZIONE EMBRIONI	All.1,parte 3, punto1 REG UE 2020/686

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 –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