

Marca da bollo  
del valore  
corrente  
€ 16,00

Spett.le ASU FC  
Dipartimento di Prevenzione – sede centrale  
S.O.C. Igiene degli Allevamenti  
e delle Produzioni Zootecniche  
Via Chiusaforte, 2  
33100 - UDINE

**OGGETTO:** DGR del 21.12.2004 n°3463 - Domanda voltura autorizzazione  
all'esercizio di struttura veterinaria privata (studio con accesso di animali/ ambulatorio )

Il sottoscritto.....

nato a ..... Provincia (.....) il .....

residente a ..... via .....

Cap. .... Tel ..... Tel. cellulare .....

iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di ..... al N°.....

in qualità di:  Titolare  Legale rappresentante

della struttura veterinaria privata

[ ] AMBULATORIO in forma singola  in forma associata

[ ] STUDIO con accesso di animali in forma singola  in forma associata

denominata: \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ Codice destinatario SDI \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la voltura in proprio favore dell'autorizzazione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

rilasciata da \_\_\_\_\_ a : \_\_\_\_\_

a seguito di : \_\_\_\_\_

A tal fine:

DICHIARA ai sensi degll'art. 47 del D.P.R. 445/2000:

- che la struttura non ha subito variazioni strutturali e mantiene i requisiti minimi di cui all'Allegato A – Sezione 1, punto 1 alla delibera della Giunta Regionale 21.12.2004, n.3463;
- che il direttore sanitario è il dr. \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_.

DICHIARA altresì di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

SI IMPEGNA a comunicare:

- 1) eventuali variazioni del direttore sanitario e/o della denominazione;
- 2) eventuali modifiche di tipo strutturale e/o impiantistico.

ALLEGA

- a) l'originale dell'autorizzazione di cui si chiede la voltura
- b)  n°1 marca da bollo del valore corrente (€ 16,00) da apporsi al provvedimento  
*ovvero*  
 dichiarazione assolvimento imposta di bollo
- c) fotocopia documento di identità valido del richiedente
- d) fotocopia documento di identità valido del cedente
- e) dichiarazione di accettazione dell'incarico di direttore sanitario e delle conseguenti responsabilità
- f) estratto dell'atto notarile o equivalente attestante il cambio della ragione sociale

Data e luogo .....

Timbro e firma richiedente/cessionario

.....

Per consenso:            timbro e firma cedente

.....

\* barrare la voce che interessa

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni di legge ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.