|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formulario** | | |
| **Formulario di Domanda** | | |
| **Identifikationsnummer:** | BW102\_50\_006 |
| **Versione:** | 1.1 |
| **Valido dal:** | 26.02.2024 |

**Invio della domanda: Swissmedic, Reparto Stupefacenti**

**Domanda di autorizzazione di esercizio per l'impiego di sostanze controllate ai sensi dell'ordinanza sul controllo degli stupefacenti OCStup art. 2 lettera h RS 812.121.1**

|  |  |
| --- | --- |
| Indirizzi | |
| Indirizzo della sede principale conforme all’iscrizione nel registro di commercio | |
| Ragione sociale | …… |
| Indirizzo | …… |
| NPA/Luogo | …… |
| Cantone | …… |
| Telefono | …… |
| Indirizzo di fatturazione (se diverso dall’indirizzo del 1.1) | | |
| Ragione sociale | …… | |
| Indirizzo | …… | |
| Casella postale | …… | |
| NPA/Luogo | …… | |
| Cantone | …… | |
| Telefono | …… | |

|  |  |
| --- | --- |
| Motivo della richiesta | |
|  | Prima domanda di autorizzazione, inizio attività |
|  | Rinnovo |
|  | Cambio d'indirizzo |
|  | Cambio della ragione sociale |
|  | Cambio del responsabile |
|  | Sede operativa supplementare |
|  | Cambio della portata dell’autorizzazione |
|  | Chiusura della sede operativa |

|  |
| --- |
| Osservazioni |
| …… |

|  |
| --- |
| Avvertenza |

L'autorizzazione all'impiego di sostanze controllate secondo la legge sugli stupefacenti è rilasciata indipendentemente da altri requisiti di legge, in particolare quelli richiesti dalla legge sugli agenti terapeutici (LATer; RS 812.21). L'azienda si assume direttamente la responsabilità che siano soddisfatti tutti i requisiti di legge per la relativa attività prima dell'applicazione della presente autorizzazione all'impiego di sostanze controllate.

|  |
| --- |
| Dichiarazione |

La(e) persona(e) avente(i) diritto di firma secondo l’iscrizione nel registro di commercio (firma singola o congiunta a due) conferma/confermano con la propria firma la completezza e la correttezza dei dati riportati e in particolare riconosce/riconoscono che il responsabile per le sostanze controllate deve essere in grado di esercitare la propria attività professionale senza sottostare a istruzioni e che a tale scopo ha ricevuto le necessarie procure da parte della direzione aziendale.

**Firmatari(o) autorizzato(i) in conformità all’iscrizione nel registro di commercio (firma singola o congiunta a due)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome, nome | …… | Funzione | …… |
| Luogo, data | …… | Firma |  |
| Cognome, nome | …… | Funzione | …… |
| Luogo, data | …… | Firma |  |

**Informazioni sulla sede operativa 1, sulla portata dell’autorizzazione e sul responsabile**

|  |
| --- |
| Sede operativa 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome della sede operativa | …... |
| Indirizzo | …... |
| NPA / luogo | …... |
| Cantone | …... |
| Telefono | …... |

|  |  |
| --- | --- |
| GLN della sede operativa (se già disponibile) | …... |

|  |
| --- |
| Portata dell'autorizzazione (elenchi in conformità all’ordinanza del DFI sugli elenchi degli stupefacenti, RS 821.121.11) |

Elenco a

Elenco b

Elenco c

Elenco f

Esclusivamente commercio all'estero

|  |
| --- |
| Responsabile dell’impiego di sostanze controllate (ai sensi  dell'art. 13 OCStup) |

## Dati personali

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome | …... | Nome | …... |
| Data di nascita | …... | Titolo accademico | …... |
| Rapporto di lavoro | …... % assunto/a dalla ditta |  |  |
|  | …... % sulla base di un mandato | In caso di assunzione della responsabilità per sostanze controllate sulla base di un mandato, alla domanda va allegata una copia del contratto scritto ai sensi dell'art.13 lett. b OCStup. | |
| Telefono | …... | Email azendiale (cognome@ditta.ch)  …... | |

## Conferma

Apponendo la sua firma, il responsabile conferma di aver preso atto delle prescrizioni di legge concernenti l'impiego di sostanze controllate e di garantirne l'osservanza.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome, nome | …… | Funzione | …… |
| Luogo, data | …… | Firma |  |

**Informazioni sulla sede operativa 2, sulla portata dell’autorizzazione e sul responsabile**

|  |
| --- |
| Sede operativa 2 (se disponibile) |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome della sede operativa | …... |
| Indirizzo | …... |
| NPA / luogo | …... |
| Cantone | …... |
| Telefono | …... |

|  |  |
| --- | --- |
| GLN della sede operativa (se già disponibile) | …... |

|  |
| --- |
| Portata dell'autorizzazione (elenchi in conformità all’ordinanza del DFI sugli elenchi degli stupefacenti, RS 821.121.11) |

Elenco a

Elenco b

Elenco c

Elenco f

Esclusivamente commercio all'estero

|  |
| --- |
| Responsabile dell’impiego di sostanze controllate (ai sensi  dell'art. 13 OCStup) |

## Dati personali

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome | …... | Nome | …... |
| Data di nascita | …... | Titolo accademico | …... |
| Rapporto di lavoro | …... % assunto/a dalla ditta |  |  |
|  | …... % sulla base di un mandato | In caso di assunzione della responsabilità per sostanze controllate sulla base di un mandato, alla domanda va allegata una copia del contratto scritto ai sensi dell'art.13 lett. b OCStup. | |
| Telefono | …... | Email azendiale (cognome@ditta.ch)  …... | |

## Conferma

Apponendo la sua firma, il responsabile conferma di aver preso atto delle prescrizioni di legge concernenti l'impiego di sostanze controllate e di garantirne l'osservanza.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome, nome | …… | Funzione | …… |
| Luogo, data | …… | Firma |  |

**Informazioni sulla sede operativa 3, sulla portata dell’autorizzazione e sul responsabile**

|  |
| --- |
| Sede operativa 3 (se disponibile) |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome della sede operativa | …... |
| Indirizzo | …... |
| NPA / luogo | …... |
| Cantone | …... |
| Telefono | …... |

|  |  |
| --- | --- |
| GLN della sede operativa (se già disponibile) | …... |

|  |
| --- |
| Portata dell'autorizzazione (elenchi in conformità all’ordinanza del DFI sugli elenchi degli stupefacenti, RS 821.121.11) |

Elenco a

Elenco b

Elenco c

Elenco f

Esclusivamente commercio all'estero

|  |
| --- |
| Responsabile dell’impiego di sostanze controllate (ai sensi  dell'art. 13 OCStup) |

## Dati personali

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome | …... | Nome | …... |
| Data di nascita | …... | Titolo accademico | …... |
| Rapporto di lavoro | …... % assunto/a dalla ditta |  |  |
|  | …... % sulla base di un mandato | In caso di assunzione della responsabilità per sostanze controllate sulla base di un mandato, alla domanda va allegata una copia del contratto scritto ai sensi dell'art.13 lett. b OCStup. | |
| Telefono | …... | Email azendiale (cognome@ditta.ch)  …... | |

## Conferma

Apponendo la sua firma, il responsabile conferma di aver preso atto delle prescrizioni di legge concernenti l'impiego di sostanze controllate e di garantirne l'osservanza.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome, nome | …… | Funzione | …… |
| Luogo, data | …… | Firma |  |

**Informazioni sulla sede operativa 4, sulla portata dell’autorizzazione e sul responsabile**

|  |
| --- |
| Sede operativa 4 (se disponibile) |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome della sede operativa | …... |
| Indirizzo | …... |
| NPA / luogo | …... |
| Cantone | …... |
| Telefono | …... |

|  |  |
| --- | --- |
| GLN della sede operativa (se già disponibile) | …... |

|  |
| --- |
| Portata dell'autorizzazione (elenchi in conformità all’ordinanza del DFI sugli elenchi degli stupefacenti, RS 821.121.11) |

Elenco a

Elenco b

Elenco c

Elenco f

Esclusivamente commercio all'estero

|  |
| --- |
| Responsabile dell’impiego di sostanze controllate (ai sensi  dell'art. 13 OCStup) |

## Dati personali

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome | …... | Nome | …... |
| Data di nascita | …... | Titolo accademico | …... |
| Rapporto di lavoro | …... % assunto/a dalla ditta |  |  |
|  | …... % sulla base di un mandato | In caso di assunzione della responsabilità per sostanze controllate sulla base di un mandato, alla domanda va allegata una copia del contratto scritto ai sensi dell'art.13 lett. b OCStup. | |
| Telefono | …... | Email azendiale (cognome@ditta.ch)  …... | |

## Conferma

Apponendo la sua firma, il responsabile conferma di aver preso atto delle prescrizioni di legge concernenti l'impiego di sostanze controllate e di garantirne l'osservanza.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome, nome | …… | Funzione | …… |
| Luogo, data | …… | Firma |  |