|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formulario** | | |
| **Domanda per la coltivazione della canapa per scopi medici** | | |
| **Identifikationsnummer:** | BW102\_50\_007 |
| **Versione:** | 1.1 |
| **Valido dal:** | 27.02.2024 |

**Inviare a: Swissmedic, divisione Stupefacenti**

**Domanda di autorizzazione d’esercizio per la coltivazione della canapa per scopi medici ai sensi dell’ordinanza sul controllo degli stupefacenti OCStup art. 2 lett. h (RS 812.121.1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Indirizzi | |
| Indirizzo della sede centrale come da iscrizione nel registro di commercio | |
| Ragione sociale | …… |
| Via/n. | …… |
| NPA/luogo | …… |
| Cantone | …… |
| Telefono | …… |
| Indirizzo di fatturazione (se diverso da quello indicato al punto 1.1) | | |
| Ragione sociale | …… | |
| Via/n. | …… | |
| Casella postale | …… | |
| NPA/luogo | …… | |
| Cantone | …… | |
| Telefono | …… | |

|  |  |
| --- | --- |
| Motivo della domanda | |
|  | Prima domanda di autorizzazione, inizio dell’attività |
|  | Cambio di indirizzo |
|  | Cambio della ragione sociale |
|  | Cambio della persona responsabile |
|  | Sede operativa supplementare |
|  | Chiusura della sede operativa |

|  |
| --- |
| Osservazioni |
| …… |

|  |
| --- |
| Nota |

L’autorizzazione d’esercizio per la coltivazione della canapa per scopi medici viene rilasciata, indipendentemente da altri requisiti di legge, dalla divisione Stupefacenti di Swissmedic.

L’azienda richiedente si assume la responsabilità di rispettare tutte le disposizioni di legge vigenti prima dell’applicazione della presente autorizzazione d’esercizio.

|  |
| --- |
| Conferma |

La/e persona/e avente/i diritto di firma secondo l’iscrizione nel registro di commercio (firma singola o collettiva a due) conferma/confermano con la propria firma la completezza e la correttezza dei dati riportati e degli allegati relativi alle sedi operative. In particolare riconosce/riconoscono che la/e persona/e responsabile/i per la coltivazione della canapa per scopi medici deve/devono essere in grado di esercitare la propria attività professionale senza sottostare a istruzioni e che a tale scopo ha/hanno ricevuto le necessarie procure da parte della Direzione.

**Persona/e firmataria/e autorizzata/e in conformità all’iscrizione nel registro di commercio (firma singola o collettiva a due)**

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nome della sede operativa | …... |
| Via/n. | …... |
| 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) |

Coltivazione della canapa per scopi medici \*1) \*2)

\*1) L’autorizzazione per la coltivazione permette anche di acquistare semi o piantine in Svizzera e all’estero. Si prega di elencare altre attività relative alla coltivazione sotto il punto 3, Osservazioni.

\*2) Si prega di motivare la coltivazione a scopo di ricerca (canapa per scopi medici) sotto il punto 3, Osservazioni.

|  |
| --- |
| Persona responsabile per la coltivazione della canapa per scopi medici (ai sensi dell’art. 13 OCStup) |

## Dati personali

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome | …... | Nome | …... |
| Data di nascita | …... | Titolo di studio | …... |
| Rapporto di lavoro | …...% assunto/a dalla ditta | |  |
|  | …...% sulla base di un mandato | In caso di assunzione della responsabilità per la coltivazione della canapa per scopi medici sulla base di un mandato, alla domanda va allegata una copia del contratto scritto ai sensi dell’art. 13 lett. b OCStup. | |
| Telefono | …... | Indirizzo e-mail aziendale personale  (name@musterfirma.ch)  …... | |

## Conferma

Apponendo la sua firma, la persona responsabile conferma di aver preso atto delle prescrizioni di legge concernenti la coltivazione della canapa per scopi medici e di garantirne l’osservanza.

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nome della sede operativa | …... |
| Via/n. | …... |
| 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) |

Coltivazione della canapa per scopi medici \*1) \*2)

\*1) L’autorizzazione per la coltivazione permette anche di acquistare semi o piantine in Svizzera e all’estero. Si prega di elencare altre attività relative alla coltivazione sotto il punto 3, Osservazioni.

\*2) Si prega di motivare la coltivazione a scopo di ricerca (canapa per scopi medici) sotto il punto 3, Osservazioni.

|  |
| --- |
| Persona responsabile per la coltivazione della canapa per scopi medici (ai sensi dell’art. 13 OCStup) |

## Dati personali

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome | …... | Nome | …... |
| Data di nascita | …... | Titolo di studio | …... |
| Rapporto di lavoro | …...% assunto/a dalla ditta | |  |
|  | …...% sulla base di un mandato | In caso di assunzione della responsabilità per la coltivazione della canapa per scopi medici sulla base di un mandato, alla domanda va allegata una copia del contratto scritto ai sensi dell’art. 13 lett. b OCStup. | |
| Telefono | …... | Indirizzo e-mail aziendale personale  (name@musterfirma.ch)  …... | |

## Conferma

Apponendo la sua firma, la persona responsabile conferma di aver preso atto delle prescrizioni di legge concernenti la coltivazione della canapa per scopi medici e di garantirne l’osservanza.

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