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

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

**Compilare un modulo supplementare separato per ogni sede operativa**

|  |
| --- |
| Sede operativa |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome della sede operativa | …... |
| Indirizzo | …... |
| Casella postale | …... |
| NPA / luogo | …... |
| Cantone | …... |
| Telefono | …... |
| E-mail | …... |

|  |  |
| --- | --- |
| 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

|  |
| --- |
| Dati personali |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome | …... | Nome | …... |
| Data di nascita | …... | Luogo di origine | …... |
| Formazione | …... |  |  |
| 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. | |

Raggiungibile per

|  |  |
| --- | --- |
| telefono | …... |
| e-mail | …... |

|  |
| --- |
| Conferma mediante firma |

## Direzione aziendale

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.

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

## Responsabile

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 |  |