

**Oggetto: rinuncia alla gestione delle scorte di medicinali veterinari da parte del Direttore Sanitario degli impianti di cura:**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in via/loc. \_\_\_\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ in qualità di Direttore  
Sanitario della struttura veterinaria denominata \_\_\_\_\_  
ubicata in via/località \_\_\_\_\_, nel comune di \_\_\_\_\_  
con autorizzazione sanitaria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e di responsabile della gestione delle  
scorte di medicinali veterinarie autorizzate con atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ dall'ufficio ve  
terinario di \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**di rinunciare alla responsabilità della gestione di scorte di medicinali veterinari** nella struttura stessa a far data  
dal giorno \_\_\_\_\_.

Fatto a \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma  
Il Direttore Sanitario

\_\_\_\_\_