

VERBALE DI ACCERTATA VIOLAZIONE AMMINISTRATIVA

AZIENDA U.S.L. _____
U.O. afferente alla Farmaceutica Territoriale

Verb.n. _____

ALLEGATO come parte integrante alla deli-
berazione n. **590** del **12 AGO. 2013**
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gattani)
Walter Gattani

L'anno _____ il giorno _____ del mese _____ in

località _____ via _____ n. _____

Comune di _____ Provincia di _____

i sottoscritti componenti della Commissione Ispettiva:

○

(Cognome Nome Qualifica)

(nominati dal Direttore Generale con delibera n. _____ del _____)

Con il presente verbale abbiamo accertato che il

TRASGRESSORE:

Cognome e nome _____ nato a _____ in data _____

Residente a _____ Indirizzo _____

identificato con _____ n. _____ rilasciata il _____ da _____



in qualità di titolare/direttore tecnico del deposito/ingrosso di medicinali per uso umano e/o gas medicinali

OBBLIGATO IN SOLIDO:

Cognome e nome, in qualità di
nat_a in data.....residente a..... indirizzo.....
identificato con..... n.....rilasciata il.....
da.....
in qualita' di del'ingrosso/deposito all'ingrosso di medicinali per uso
umano e/o gas medicinali

HA VIOLATO l'art....., comma....., del , sanzionato dall'art.del
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MODALITA' DI ESTINZIONE

Entro 60 gg. dalla contestazione o notificazione della violazione, e' ammesso il pagamento in misura ridotta di € _____,di cui € _____ per sanzione amministrativa e € _____ per spese di notifica e di procedimento da effettuarsi a favore dell'Azienda U.S.L. n. _____ di _____ - Via _____ Città _____
 a mezzo bollettino di versamento su c/c postale n. _____ a favore della medesima Azienda USL , citando gli estremi del presente verbale;
 mediante bonifico bancario/postale con IBAN _____.

Nella causale dovrà essere riportata la seguente dizione
“ _____ ”

Entro 30 gg. dalla contestazione o notificazione della violazione, il trasgressore può presentare scritti difensivi e/o documenti e/o può chiedere di essere sentito da:

Autorità competente:

- (distributore/depositario all'ingrosso di medicinali per uso umano e/o gas medicinali) Sindaco del Comune di(art. 8, c. 1, della L.R. n. 47/1984);
- (Società che gestiscono farmacie comunali titolari di ingrosso e/o deposito all'ingrosso di medicinali per uso umano e/o gas medicinali) Giunta Regionale Abruzzo - Direzione Politiche della Salute - Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

Nel caso il trasgressore si avvalga della facoltà di obblare eseguendo il versamento della somma sopra indicata nei termini e con le modalità anzidette dovrà inviare copia della ricevuta attestante



l'avvenuto pagamento all'Unità operativa afferente alla Farmaceutica Territoriale della ASL
_____ che procederà all'archiviazione della pratica.

Qualora entro il predetto termine non siano stati presentati scritti difensivi e non sia avvenuto il pagamento in misura ridotta, il presente verbale - con la prova delle eseguite contestazioni o notificazioni - verrà inviato al Sindaco territorialmente competente / Giunta Regionale con le modalità di cui all'art. 8 e segg. della L.R. n.47/1984 per l'avvio della procedura conseguente al mancato pagamento in misura ridotta.

Di quanto sopra è verbale.

Redatto, confermato e sottoscritto in data e luogo di cui sopra.

