

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)

○

\_\_\_\_\_  
(Cognome Nome Qualifica)

○

\_\_\_\_\_  
(Cognome Nome Qualifica)

○

\_\_\_\_\_  
(Cognome Nome Qualifica)

○

\_\_\_\_\_  
(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.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

