REGISTRO DEI MEDICINALI VETERINARI SOMMINISTRATI ALLE API

(ai sensi dell’art. 108 del Regolamento (UE) 2019/6)

REGISTRAZIONI DEI TRATTAMENTI

(Reg. (UE) 2019/6)

|  |  |
| --- | --- |
| Titolare allevamento/ Ragione sociale ditta | Codice allevamento  I T |
| Sede aziendale | Firma del titolare / legale rappresentante dell’azienda |
| Firma del detentore degli alveari *(ove non coincida con i dati precedenti)* | Firma del responsabile della sua tenuta |
| **NOTE PER LA COMPILAZIONE E TENUTA DELLE REGISTRAZIONI**   1. Le presenti registrazioni, su pagine prenumerate e vidimate dalla ASL, vanno conservate per un periodo di almeno cinque anni dall’ultima registrazione unitamente a copia della documentazione di acquisto   (bolle di accompagnamento/ricevute/scontrini fiscali/fatture)   1. La data di inizio trattamento va annotata dall’apicoltore entro le 48 ore. | |

# REGISTRAZIONI DEI TRATTAMENTI

(Reg. (UE) 2019/6) PAG. NUM.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° REV(1) | PIN REV (1) | Denominazione del medicinale veterinario (2) | Fornitore (nome e indirizzo) (2) | Rif. docum. di acquisto (2) | Data inizio trattamento (2) | Identificazione alveare/apiario trattato (event. num. alveari) (2) | Quantità somministrata (2) | Durata del trattamento (2) | Tempi di attesa (anche se pari a zero) (2) | N. confezioni residue o q.tà (2) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. A cura del medico veterinario. Da compilare qualora il medicinale veterinario sia stato oggetto di prescrizione.
2. A cura dell’allevatore. Da compilare qualora il medicinale veterinario non sia stato oggetto di prescrizione e di fornitura tramite il sistema informativo nazionale della farmacosorveglianza.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Num | Num | Num | Num |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------- | ----------------------------------- | ----------------------------------- | ----------------------------------- |
| Num | Num | Num | Num |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------- | ----------------------------------- | ----------------------------------- | ----------------------------------- |
| Num | Num | Num | Num |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- | ----------------------------------------------- |
| ----------------------------------- | ----------------------------------- | ----------------------------------- | ----------------------------------- |

I riquadri debitamente numerati possono essere utilizzati per ulteriori annotazioni qualora lo spazio nella pagina precedente sia insufficiente.

|  |  |
| --- | --- |
| Il presente modello è composto di N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pagine progressivamente numerate e vidimate dalla Pagina n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla pagina n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Data | L’Ufficio vidimante |

SPAZIO RISERVATO ALLA VIDIMAZIONE

VERIFICHE AUTORITÀ COMPETENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | ANNOTAZIONI | TIMBRO E FIRMA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |