

DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE (CCP)



N° _____

Al Ministero dello Sviluppo Economico

DGuh@UIBM

1. Dati identificativi del deposito

1.1 Identificativo brevetto di base* 1.2 Titolo invenzione 1.3 Numero identificativo invenzione 1.4 Data deposito 1.5 Riferimento depositante 1.6 Note

2. Prodotto

2.1 Medicinale 2.2 Prodotto

2.3 Si richiede la proroga del certificato per estensione pediatrica?

Sì No

3. TIPO DI AUTORIZZAZIONE (AIC)

COMUNITARIA* DECRETO\DECISIONE DATA NOTE MUTUO RICONOSCIMENTO* DECRETO\DECISIONE DATA NAZIONE NOTE

* Campi obbligatori. Inserire uno dei tre tipi di autorizzazione previsti

DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE (CCP)

N° _____

NAZIONALE*

DECRETO\DECISIONE

DATA

NOTE

*** Campi obbligatori. Inserire uno dei tre tipi di autorizzazione previsti**

4. RICHIEDENTE/I

Persona Fisica

Codice fiscale***

Cognome*

Nome*

Comune e prov. di nascita

Nazione di nascita

Comune e prov. di residenza**

Nazione di residenza*

Indirizzo**

N. Civico**

Cap**

Telefono

Fax

Email

PEC

Codice fiscale***

Cognome*

Nome*

Comune e prov. di nascita

Nazione di nascita

Comune e prov. di residenza**

Nazione di residenza*

Indirizzo**

N. Civico**

Cap**

Telefono

Fax

Email

PEC

Persona giuridica

C.F. o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Nazione sede/filiale*

Indirizzo**

N. Civico**

Cap**

Telefono

Fax

Email

PEC

***Campi obbligatori. @**

**** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti residenti o con sede legale in uno Stato dell'Unione europea**

***** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti in possesso di codice fiscale o partita iva rilasciati da un Ente italiano**

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NUOVA MODULISTICA DI DEPOSITO PER LE CAMERE DI COMMERCIO OVVERO DEPOSITO POSTALE

DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE (CCP)

N° _____

5. RAPPRESENTANTE

5.1 DOMICILIO ELETTIVO

C/o*			
Indirizzo*			N. Civico* <input type="text"/>
Nazione *	<input type="text"/>	Comune e Provincia*	<input type="text"/>
Telefono*	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	PEC*	<input type="text"/>

5.2 ELENCO RAPPRESENTANTI

Codice fiscale*	Cognome*	Nome*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Campi obbligatori.

6. DOCUMENTI ALLEGATI

DOCUMENTI OBBLIGATORI

	AL/RI/AS (*)	N. esemplari
Dichiarazione art. 3 Reg. CE 469/2009	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Documento AIC	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riassunto caratteristiche tecniche	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NUOVA MODULISTICA DI DEPOSITO PER LE CAMERE DI COMMERCIO OVVERO DEPOSITO POSTALE

DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE (CCP)

N° _____

ALTRI DOCUMENTI

	AL/RI/AS (*)	N. esemplari
Copia AIC	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Dichiarazione di conformità a PIP	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Dichiarazione di estensione ai sali ed esteri	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Dichiarazioni aggiuntive	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Documento prima AIC	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Domanda di CCP	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Prova dell'esistenza della\e AIC in tutti gli stati membri	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Traduzione prima AIC	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

DOCUMENTI D'INCARICO

	AL/RI/AS (*)	N. esemplari	
Copia lettera d'incarico multipla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	(*) AL = Allegato
Copia lettera d'incarico presentata con titolo collegato	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	RI = Riserva
Lettera d'incarico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	AS = Assente
Lettera d'incarico multipla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

N. di riferimento di un incarico precedentemente depositato

Numero pagine totali

Numero fogli aggiuntivi per i seguenti paragrafi 4 5

Richiesta copia conforme (SI/NO)

FIRMA DEL RICHIEDENTE

VERBALE DI PRESENTAZIONE

Numero di domanda

CCIAA di Sigla

In data è stata a me presentata la domanda di cui sopra corredata da N° fogli aggiuntivi

Annotazioni dell'Ufficiale rogante

Il depositante	Timbro dell'Ufficio	L'Ufficiale rogante
----------------	------------------------	---------------------