

# Richiesta di proroga di un certificato protettivo complementare per medicinali

## Il modulo può essere trasmesso

- mediante e-mail all'indirizzo [patent.admin@ekomm.ipi.ch](mailto:patent.admin@ekomm.ipi.ch) (riceverete immediatamente una conferma giuridicamente valida);
- per posta all'Istituto Federale della Proprietà Intellettuale, Domande & Registri, Stauffacherstrasse 65/59 g, CH-3003 Berna.

## 1 Nome del principio attivo/Nome del prodotto

(denominazione comune internazionale secondo l'omologazione per la Svizzera)

## 2 Richiedente

Nome e cognome o ditta, indirizzo, CAP/località/Paese

(Le ditte sono pregate di indicare il nome ufficiale. Altri richiedenti possono essere indicati alla voce 13.)

## 3 Mandatario

Nome e cognome o ditta, indirizzo, CAP/località

(indirizzo in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein)

## 4 Dati relativi all'omologazione in Svizzera con il relativo piano di indagine pediatrica

Numero di registrazione: .....

Data di omologazione: .....

Data della domanda di omologazione (cfr. voce 12): .....

## 5 Dati relativi alla domanda di omologazione nello Spazio economico europeo (SEE)

Numero di registrazione SEE: .....

Data della domanda SEE (cfr. voce 12): .....

Autorità competente: .....

*oppure*

Non è stata presentata alcuna domanda SEE precedente alla domanda presentata in Svizzera.

**6 Riferimento cliente**

(max. 25 caratteri)

**7a Destinatario/domicilio di notifica**

Nome e cognome o ditta, indirizzo, CAP/località  
(indirizzo in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein)

**7b Comunicazione elettronica**

In questa procedura desidero utilizzare il recapito elettronico registrato\*:

.....  
\* L'indirizzo e-mail indicato deve essere registrato presso una piattaforma riconosciuta per la comunicazione per via elettronica di dati delle autorità federali. Maggiori informazioni: [www.ipi.ch/comunicazioneelettronica](http://www.ipi.ch/comunicazioneelettronica).

**8 Dati relativi al brevetto di base**

nazionale     europeo

Data del deposito: .....

Numero del brevetto: .....

**9 Titolo del brevetto di base**

**10 Dati relativi al certificato protettivo complementare per medicinali**

Numero della richiesta di rilascio o del certificato rilasciato (se noto): .....

**11 Modalità di pagamento**

Tassa di deposito     CHF ..... da fatturarci.

CHF ..... da dedurre dal nostro conto corrente n. .... presso l'IPI.

Luogo e data ..... Firma/e .....

**12 Elenco dei documenti allegati**

Copia del certificato di omologazione con conferma del fatto che all'interno delle informazioni relative al medicinale sono riportati i risultati degli studi effettuati sulla base del piano di indagine pediatrica stabilito in fase di omologazione (art. 11 cpv. 2 lett. a n. 6 LATer)

Procura

Documento comprovante la data di presentazione della domanda di omologazione del medicinale e del relativo piano di indagine pediatrica (art. 140n cpv. 1 lett. a LBI) per la Svizzera

Informazioni relative al medicinale approvate

Documento comprovante la data di presentazione della domanda SEE secondo l'articolo 140n capoverso 1 lettera b LBI

*oppure*

Dichiarazione comprovante il fatto che non sia stata presentata alcuna domanda SEE precedente alla domanda presentata in Svizzera

**13 Dati supplementari relativi alla voce 2**

## Osservazioni varie

I numeri corrispondono alle voci del presente modulo.

### **Campo d'applicazione**

La Svizzera e il Liechtenstein costituiscono un territorio unitario di protezione per quanto riguarda sia i brevetti d'invenzione sia i certificati protettivi complementari. Ciò significa che la protezione deve essere richiesta per entrambi i Paesi.

La richiesta di proroga di un certificato protettivo complementare per medicinali può essere presentata al più tardi due anni prima della scadenza della durata massima dello stesso certificato (è fatto salvo l'art. 149 cpv. 1 e 3 LBI).

### **1) Nome del principio attivo/Nome del prodotto**

All'interno di questa voce devono essere indicati il principio attivo o la composizione di principi attivi alla base del medicinale.

In questo contesto, sono da preferire le denominazioni comuni internazionali (INN).

### **2) Richiedente /**

#### **7a) Destinatario/domicilio di notifica**

Se è più di una persona a presentare la richiesta, si prega di utilizzare il campo di cui alla voce 13 per indicare gli altri richiedenti.

Se non viene incaricato un mandatario comune (voce 3), uno dei richiedenti deve essere indicato come destinatario alla voce 7a.

Il modulo deve essere firmato da tutti i richiedenti.

### **4) Dati relativi all'omologazione in Svizzera con il relativo piano di indagine pediatrica**

All'interno di questa voce devono essere indicati il numero di registrazione e la data dell'omologazione (Swissmedic).

### **9) Titolo del brevetto di base**

Deve essere riportato il titolo del fascicolo di brevetto stampato.