



ASL Brindisi

PugliaSalute

Richiesta vidimazione registro entrata e uscita delle sostanze stupefacenti di cui all'art. 60 comma 1 DPR n.309/90 e s.m.i.

Farmacie Convenzionate

All'Area Farmaceutica Territoriale ASL BR
farmaceutica.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

Parte a) da compilare a cura del richiedente

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

in qualità di Titolare unico Rappresentante Legale Società

della FARMACIA denominata _____

sita in (Via/Piazza e n.) _____

Comune di _____ Codice Regionale _____

CHIEDE

la vidimazione del registro di entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all'art. 60, comma 1, del DPR 309/90 e s.m.i. composto da N° _____ pagine per la seguente motivazione (barrare)

Trasferimento titolarità

Esaurimento delle pagine del registro attualmente in uso

Altra motivazione (specificare) _____

Si allega registro mod. Ministeriale (DM 20 aprile 1976) per farmacie.

Data

Timbro e Firma Titolare/Rappresentante Legale

Parte b) Per il ritiro delega il/la Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il ___/___/___

Si allega copia del documento di identità del delegante

Parte c) Spazio riservato alla ASL – consegna registro vidimato al richiedente

In data _____ si consegna il registro di cui sopra debitamente vidimato a
(nome, cognome) _____

Documento di identità _____

Firma del ricevente

Firma dell'incaricato/a ASL
