

### Allegato 1

**Richiesta vidimazione registro entrata e uscita delle sostanze stupefacenti di cui all'art. 60 c.1 DPR n. 309/90 e smi -**

**Aziende autorizzate alla vendita all'ingrosso di medicinali art 100 Dlgs 219/06 e smi (grossisti e depositari) – AUSL Toscana Centro**

-----**Parte a) da compilare a cura del richiedente**-----

Alla AUSL Toscana Centro c/o Farmaceutica Territoriale  
AREA  Empoli  Firenze  Pistoia  Prato

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_  
in qualità di Direttore Responsabile, recapito telefonico \_\_\_\_\_  
del  Deposito  Depositario denominato \_\_\_\_\_  
sito in (via/Pzza e n.) \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_  
sito logistico identificato con Codice univoco ministeriale \_\_\_\_\_  
il cui titolare è (Denominazione Titolare per esteso) \_\_\_\_\_  
e PIVA \_\_\_\_\_  
-in base all'Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
rilasciata dall'autorità competente: \_\_\_\_\_  
-in possesso dell'autorizzazione Ministeriale DPR 309/90 in corso di validità n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_

**CHIEDE la vidimazione del registro di entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all'art. 60, c.1, del DPR 309/90 e smi \_\_\_\_\_ e composto da N° \_\_\_\_\_ pagine per la seguente motivazione (barrare)**

Impianto di nuova apertura  Esaurimento delle pagine del registro attualmente in uso  
 Altra motivazione (soggetta a valutazione): \_\_\_\_\_

Si allegano:

- 1) registro mod ministeriale (DM20 aprile 1976) per farmacie/depositi
- 2) copia autorizzazione ai sensi Dlgs 219/06
- 3) autorizzazione ministeriale DPR 309/90 in corso di validità
- 4) ricevuta di avvenuto versamento del diritto fisso di segreteria pari a € 16,00 fino a max 100 fogli, da 101 a 200 fogli € 32,00 sul conto corrente intestato a Azienda USL Toscana Centro BANCO BPM Società per Azioni – IBAN IT04 S 05034 02801 000000009615
- 5) documento di identità del Direttore Tecnico/Persona Qualificata
- 6) in caso di *altra motivazione* le seguenti documentazioni giustificative: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro Azienda/Deposito \_\_\_\_\_ Firma Direttore \_\_\_\_\_

-----**Parte b) Spazio riservato alla AUSL - consegna registro alla AUSL**-----

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dà atto che il registro di cui sopra costituito da n. \_\_\_\_\_ pagine è stato consegnato a questo servizio per le operazioni di vidima in data \_\_\_\_\_; Il registro potrà essere ritirato a partire dal giorno \_\_\_\_\_ previa conferma telefonica al tel. \_\_\_\_\_ a cura di questo servizio e pagamento diritti

Timbro del Servizio AUSL \_\_\_\_\_ Firma dell'incaricato/a AUSL \_\_\_\_\_

-----**Parte c) Spazio riservato alla AUSL- consegna registro vidimato al richiedente**-----

In data \_\_\_\_\_ si consegna il registro di cui sopra debitamente vidimato

a: (nome, cognome) \_\_\_\_\_

Firma del ricevente \_\_\_\_\_ Timbro e Firma incaricato/a AUSL \_\_\_\_\_