

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 _____