 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Vidimazione registro stupefacenti (FT.MO.2353.01).doc
		pag 1/2

Egr. Direttore Generale
 A.S.L. "VC"
 Corso Mario Abbiate, 21
 13100 VERCELLI

Oggetto: Vidimazione registro entrata e uscita sostanze stupefacenti.

 1 sottoscritt _____ in qualità di
cognome e nome

_____ della Farmacia ente/impresa _____
titolare/direttore/gestore provvisorio denominazione

sita in _____,
comune indirizzo

autorizzata a _____
fabbisogno/impiego/commercio

CHIEDE

la vidimazione del registro di entrata e uscita sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 60, comma 1, del D.P.R. 9 ottobre 1990, n° 309.

All'uopo dichiara che tale registro dovrà essere utilizzato a partire dal giorno _____:
data inizio utilizzo

presso la sopra indicata struttura, autorizzata con provvedimento n° _____ del _____
 emesso da _____.
autorità emittente

presso il dispensario farmaceutico sito in _____,
comune
 _____ autorizzato con provvedimento n° _____
indirizzo
 del _____ emesso da _____, di cui il sottoscritto risulta gestore.
autorità emittente


 1 sottoscritt _____ delega al ritiro del registro vidimato 1 Sig./ra-Dr./ssa _____
nome e cognome

nat_ a _____ () il _____.
comune Prov data

Data di richiesta _____ Firma del richiedente _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA SANITARIA

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Vidimazione registro stupefacenti (FT.MO.2353.01).doc
		pag2/2

Registro consegnato in data _____ Firma di chi prende in carico il registro _____

Avvisato dell'avvenuta vidimazione a mezzo @ in data _____ da _____

Registro ritirato in data _____ Firma farmacista/delegato _____

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			