

**MOD.DF.07:**

**“MOD.RV3 - 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 (grossisti e depositari) ai sensi D.Lgs. 219/06 e smi. – ASL Toscana Centro”**

**PARTE A) da compilare a cura del richiedente**

Alla ASL Toscana Centro c/o FARMACEUTICA TERRITORIALE

Area:  EMPOLI  FIRENZE  PISTOIA  PRATO

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

**CHIEDE**

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

- Deposito/Depositario di nuova apertura
- Esaurimento delle pagine del registro attualmente in uso e necessario per l'anno corrente
- Esaurimento delle pagine del registro attualmente in uso e necessario per l'anno successivo
- Furto o smarrimento (allego copia della denuncia), deterioramento (allego relazione sull'evento)
- Altra motivazione (specificare) soggetta a valutazione \_\_\_\_\_

Si allegano:

- 1) Registro modello ministeriale (DM20 aprile 1976) per farmacie/depositi,
- 2) Copia atto autorizzazione ai sensi D.Lgs. n. 219/06 in corso;
- 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 c/c 0000046034 Intestato a Azienda USL Toscana Centro Banca Intesa San Paolo S.p.A. Filiali Enti e Tesorerie ABI: **03069** CAB: **02887** IBAN: **IT 18A0306902887100000046034** BIC: **BCITITMM**.

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

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ 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 a cura di questo servizio e pagamento diritti.

Timbro del Servizio ASL \_\_\_\_\_ Firma dell'incaricato ASL \_\_\_\_\_

**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) \_\_\_\_\_

Firma del ricevente \_\_\_\_\_ Timbro e Firma incaricato ASL \_\_\_\_\_