

MOD.DF.08:

“MOD.RV1 - Richiesta vidimazione registro entrata e uscita delle sostanze stupefacenti di cui all'art. 60 c.1 DPR n. 309/90 e smi. - Farmacie Convenzionate ASL Toscana Centro”

Alla ASL Toscana Centro c/o FARMACEUTICA TERRITORIALE

Area: EMPOLI FIRENZE PISTOIA PRATO

Il sottoscritto Dr _____ in qualità di:

- Titolare unico
 Direttore, recapito telefonico _____

della FARMACIA denominata _____ sita in
(via/Piazza e n.) _____ sede n. _____ del Comune
di _____ Codice regionale _____

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):

- Trasferimento di titolarità da _____ p.iva _____
a _____ p.iva _____;
 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,
- 2) 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 Farmacia** _____ **Firma titolare /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** _____