

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 c/c 0000046034 Intestato a Azienda USL Toscana 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 _____