

Allegato 3

Richiesta vidimazione registro entrata e uscita delle sostanze stupefacenti di cui all'art. 60 c.1 DPR n. 309/90 e smi – per Officine/Enti/Imprese/autorizzate alla fabbricazione e/o impiego di sostanze stupefacenti e psicotrope (art 17- 32 -36 DPR n. 309/90 e smi)

-----**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 _____ nato/a il _____ a _____

in qualità di Direttore Responsabile/Persona qualificata, cell _____

dell'Officina/Ente/Impresa autorizzata a: alla fabbricazione (art 32)

all'impiego (art 36) di sostanze stupefacenti e psicotrope

Denominata _____

e Stabilimento sito in (via/Pzza) _____ n _____

Comune di _____

sito logistico identificato con Codice Ministero Salute _____

il cui titolare è (Denominazione Titolare per esteso) _____

e PIVA _____

in base alla Autorizzazione/Determina n. _____ del _____

rilasciata dall'autorità competente _____

scadenza _____

in possesso dell'Autorizzazione Ministeriale ai sensi dell'art 32 o 36 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 DPR 309/90 e smi 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 sec DM20 aprile 1976 (art. 60 c.1, 61 e 62 DPR 309/90)

2) copia autorizzazione ai sensi Dlgs 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

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 Ente/Impresa _____

Firma Direttore Responsabile/Persona qualificata _____

-----**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 _____