

## Allegato 2

### Richiesta vidimazione registro entrata e uscita delle sostanze stupefacenti di cui all'art. 60 c.1 DPR n. 309/90 e smi -

#### Farmacie Convenzionate 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  Titolare unico  Direttore , recapito telefonico \_\_\_\_\_

della FARMACIA denominata \_\_\_\_\_

sita in (via/Pzza 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 composto da N° \_\_\_\_\_ pagine per la seguente

motivazione (barrare)

Trasferimento di titolarità da \_\_\_\_\_ piva \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ piva \_\_\_\_\_

Esaurimento delle pagine del registro attualmente in uso

Altra motivazione (specificare) soggetta a valutazione \_\_\_\_\_

Si allegano:

1) registro mod 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 conto corrente a Azienda USL Toscana Centro BANCO BPM Società per Azioni – IBAN IT04 S 05034 02801 000000009615

Data \_\_\_\_\_

Timbro Farmacia \_\_\_\_\_

Firma titolare /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 \_\_\_\_\_