Modello richiesta distruzione stupefacenti

Timbro Richiedente

Spett.
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2
Servizio Farmaceutico Territoriale
Via Vittorio Veneto 171 – Palazzina B
Gorizia 34170
Pec.: aas2.protgen@certsanita.fvg.it
Email: farmaceutico@aas2.sanita.fvg.it

**Oggetto: RICHIESTA DI DISTRUZIONE DI STUPEFACENTI E SOSTANZE PSICOTROPE, RELATIVI MEDICINALI E PREPARAZIONI SCADUTE DI VALIDITÀ E/O NON PIÙ UTILIZZABILI FARMACOLOGICAMENTE.**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa …….. Direttore della Farmacia……, COD.REGIONALE …… sita in via …… nel comune di ……, provincia di …… tel. ……, pec. …….. email …….....

**CHIEDE**

ai sensi delle disposizione contenute nel T.U. in materia di disciplina degli stupefacenti D.P.R. n.309/90 e s.m.i, la distruzione di stupefacenti e sostanze psicotrope e relativi medicinali e relative preparazioni scadute di validità e non più utilizzabili farmacologicamente, di seguito elencate:

| AIC | SPECIALITA' MEDICINALE, SOSTANZA O PREPARAZIONE | FORMA FARMACEUTICA | QUANTITA' | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | NUMERO DI FIALE/CPR PER CONFEZIONE | NUMERO DI CONFEZIONI | GRAMMI (SPECIFCARE IN CASO DI SOSTANZE) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Data

……

Firma del Direttore della farmacia

…….