

(timbro Richiedente)

Spett.le
Azienda per i Servizi Sanitari N. 1 “Triestina”
S.S. VIGILANZA SULL’ASSISTENZA
FARMACEUTICA
Via G. Sai, 1-3 – 34128 TRIESTE

prot. ricezione n°

data:

Oggetto: *Richiesta di distruzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative preparazioni scadute di validità o non più utilizzabili farmacologicamente*

Il sottoscritto dott.,
 Titolare/Direttore Responsabile/Direttore Sanitario* dell'esercizio farmaceutico/struttura sanitaria denominato sito in
 alla Via/Piazza al N° tel. n° , fax n° , e-mail.....
 (* barrare le diciture che non interessano)

CHIEDE

ai sensi delle disposizioni contenute nel Testo Unico - D.P.R. n° 309/1990 e s.m. la distruzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative preparazioni scadute di validità o non più utilizzabili farmacologicamente, di seguito elencate:

N.B. : SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO O A MACCHINA

| FORMA FARMACEUTICA | QUANTITA' | | SPECIALITA' MEDICINALE (di cui alle tabelle I e II, sezz. A, B e C L. 49/06) | SOSTANZA O PREPARAZIONE (di cui alle tabelle I e II, sezz. A, B e C L. 49/06) |
|--------------------|------------|------------------------------|--|---|
| | confezioni | unita' di forma farmaceutica | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Firma del Richiedente

PARTE RISERVATA ALL’AZIENDA SANITARIA

Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina”

Preso atto della presente richiesta, si autorizza il dott. al trasporto delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative preparazioni scadute di validità o non più utilizzabili farmacologicamente sopra elencate dalla propria sede di cui sopra ai locali dell’Associazione Sindacale dei Titolari di Farmacia siti alla Piazza S, Antonio Nuovo al n. 4 in Trieste il giorno.....dalle ore.....alle ore....., presso i quali è convocato per la verifica delle suddette sostanze ed il loro conferimento al trasportatore autorizzato il vista dello smaltimento. In caso di impedimento è ammessa la delega ad altro Farmacista o Sanitario laureato.
 Data.....

IL RESPONSABILE DELLA S.S. VIGILANZA SULL’ASSISTENZA FARMACEUTICA A.S.S. N.1
 (timbro e firma)