ALL’ ATS INSUBRIA

**Oggetto: Richiesta vidimazione registro entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all’art. 60 DPR n. 309/90 e successive modifiche.**

Il sottoscritto ………………………….……………………………………….……………………………………………………………...

in qualità di titolare/direttore tecnico della farmacia ………………………………………………….…………………

Recapito telefonico ………………......................…………………………………………………………………………………

Indirizzo pec …………....……………………….................…………………………………………………………………………

**CHIEDE**

la vidimazione del registro di entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all’art. 60, comma 1, del DPR 309/90 e successive modifiche.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modulo predisposto RL - DGWelfare