**RICHIESTA PER LA SUCCESSIVA DISTRUZIONE DI SOSTANZE E PREPARAZIONI AD AZIONE STUPEFACENTE E PSICOTROPA SCADUTE O INUTILIZZABILI (DPR 309/90 s.m.i.)**

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritt.. dott..……………………………..……………………………… in qualità di:  ❒ Titolare ❒ Direttore Responsabile ❒ Gestore provvisorio ❒ Direttore sanitario  Del/della: ❒ Farmacia Codice: ………  ❒ Deposito farmaceutico  ❒ Distributore/grossista  ❒ Struttura sanitaria  Denominata/o….……..………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………..  Sita/o in località:.……………………. Via/Piazza…..………………………………………… |

**Comunica**

Il seguente elenco di farmaci stupefacenti scaduti, regolarmente registrati sul Registro Entrata-Uscita e giacenti presso la propria struttura in attesa di distruzione mediante incenerimento.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabella** | **Principio attivo** | **Nome commerciale** | **Dosaggio e forma** | **Unità misura** | **Quantità** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

N.B. U.O.S.D. Attività amministrative e di controllo sulle farmacie provvederà ad redigere verbale di constatazione ed affido per la successiva distruzione degli stupefacenti.

Data:………………….

**Titolare/Direttore/Gest.prov.**

………………..……….………………………………………………...