


RICHIESTA REGISTRO CARICO/SCARICO STUPEFACENTI VIDIMATO

Spett.le AULSS 8 BERICA
 UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
 Corso SS. Felice e Fortunato, 229
 36100 Vicenza
 pec: servizio.farmaceutico.aulss8@pecveneto.it

Il/la sottoscritto _____

Direttore del Centro di Servizio _____

Indirizzo _____

CHIEDE

un Registro di carico/scarico stupefacenti vidimato

Data _____

Firma _____

Per il ritiro delega il/la Sig./ra

Cognome	Nome
nato a	il

Documento d'identità delegante _____

Il/la Sig./ra

Cognome	Nome
nato a	il

ritira il registro stupefacenti vidimato

Documento d'identità _____

Alla presente si allega fotocopia del documento di riconoscimento della persona delegante.

Data _____

Firma _____

In data _____ si consegna n. 1 registro di carico/scarico stupefacenti vidimato.

Firma di chi consegna _____