

\_\_\_\_\_ timbro del Reparto \_\_\_\_\_

Al Direttore del  
 Servizio di Farmacia Ospedaliera  
**Dott.ssa Anna Radin**

e p.c. Al Sig. Direttore Medico  
 Responsabile P.O. I°  
**Dott.ssa Romina Cazzaro**

Oggetto: segnalazione farmaci stupefacenti scaduti.

Si comunica che presso l' U.O. di \_\_\_\_\_

sono conservate, in attesa di distruzione, numero \_\_\_\_\_  
 (indicare quantità)

flaconi per os

ml di soluzione

fiale/flaconi via parenterale

del farmaco \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 (nome commerciale) principio attivo

scadute in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma Direttore dell'U.O.

Firma del Coordinatore

---

**Responsabile del Procedimento: Dott.ssa Anna Radin**

Referente procedura: Dr.ssa Antonella Bagaccin

Tel. 0444-753484 Fax 0444-931151

e mail: segreteria.farmacia@aulss8.veneto.it