



**RESTITUZIONE DONAZIONE E RECUPERO MEDICINALI IN CORSO DI VALIDITA'**

*Allegato A - Dichiarazione di adeguata conservazione dei medicinali e ritiro da parte del personale AULSS*

Cognome e Nome assistito \_\_\_\_\_

Ai fini di un riutilizzo dei farmaci consegnati (L.R. 23/2011 e s.m.i.) dichiaro che gli stessi sono stati conservati correttamente non essendo stati esposti:

- a fonti di calore, a temperature elevate, a sbalzi termici duraturi
- direttamente alla luce solare o ad umidità eccessiva

Data \_\_\_\_\_

Firma dichiarante \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Operatore sanitario che ritira i medicinali (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_