



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
Via Degli Imbimbo, 10/12  
www.aslavellino.it

UOC FARMACIA TERRITORIALE  
Via Degli Imbimbo, 10/12 - 83100 Avellino  
Tel. 0825 292189  
[farmaciaterritoriale@aslavellino.it](mailto:farmaciaterritoriale@aslavellino.it)

**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  
della Farmacia .....  
sita in .....  
recapito telefonico .....

**CHIEDE**

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

**Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, autocertifica che, alla data della presente richiesta, non è in possesso di altri registri attivi per la tenuta delle scritture relative alle sostanze stupefacenti, e che il registro allegato è l'unico richiesto per la vidimazione.**

Si allega documento di riconoscimento del Titolare/Direttore.

Distinti Saluti.

Data, \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

<b>Ricevuta di Avvenuta Consegna del Registro per la Vidimazione</b>	
Registro consegnato in data: _____	<b>U.O.C. Farmacia Territoriale</b> Timbro e Firma
Farmacia ricevente: _____	<input type="checkbox"/> <b>Titolare/Direttore</b> <input type="checkbox"/> (o suo delegato) Timbro e Firma
Nome e Cognome: _____	