## AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE

## DELL'AZIENDA U.S.L. DI MODENA

Largo del Pozzo n. 71/b – 41124 MODENA

## RICHIESTA DI DISTRUZIONE DI MEDICINALI STUPEFACENTI

Il/la sottoscritto Dott. / Dr.ssa _____

Titolare e/o Direttore della Farmacia denominata _____

Sita nel Comune di _____Via_____nr_____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

C H I E D E

Che si provveda alla distruzione dei medicinali stupefacenti non più utilizzabili ed in proprio possesso, elencati di seguito nella presente domanda, giacenti presso la propria farmacia

Luogo e data _____

Timbro

Firma del Titolare e/o Direttore

_____

_____

ELENCO DEGLI STUPEFACENTI DA DISTRUGGERE

| DENOMINAZIONE (precisare il nome della specialità, dosaggio e forma farmaceutica) | QUANTITA' (nr. Confezioni e nr unità posologiche) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |