



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

UOC di Farmacia Centralizzata
farmacia.centralizzata@unina.it

Alla UOC di Farmacia Centralizzata

Modulo richiesta di Registro Carico e Scarico Stupefacenti ai sensi del DPR 390/90 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ Direttore dell'UOC/UOSD/Programma

Centro di Costo _____ ubicato presso l'edificio _____ piano _____

CHIEDE

la consegna del Registro di Carico e Scarico Stupefacenti per la seguente motivazione:

- Smarrimento e/o sottrazione di precedente registro come da allegata denuncia
- Vidimazione per esaurimento precedente registro
- UOC/UOSD/Programma di nuova istituzione

Delego il Dott./Sig. _____ al ritiro del Registro.

Data

Timbro e firma del Direttore

Da compilare a cura della UOC di Farmacia:

In data _____ si consegna il Registro Carico e Scarico Stupefacenti al
Dott./Sig. _____

Firma del Farmacista

Firma per ricevuta



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

UOC di Farmacia Centralizzata
farmacia.centralizzata@unina.it

Alla UOC di Farmacia Centralizzata

Modulo richiesta di Bollettari in triplice copia per approvvigionamento o restituzione dei farmaci stupefacenti ai sensi del DPR 390/90 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ Direttore dell'UOC/UOSD/Programma

Centro di Costo _____ ubicato presso l'edificio _____ piano _____

CHIEDE

- La consegna di un bollettario in triplice copia per la richiesta di farmaci stupefacenti
- La consegna di un bollettario in triplice copia per la restituzione di farmaci stupefacenti inutilizzati o scaduti

Delego il Dott./Sig. _____ al ritiro del bollettario.

Data

Timbro e firma del Direttore

Da compilare a cura della UOC di Farmacia:

In data _____ si consegna il bollettario gestione stupefacenti

Dott./Sig. _____

Firma del Farmacista

Firma per ricevuta