

**RICHIESTA RICETTARI PER PRESCRIZIONE FARMACI STUPEFACENTI
DIRETTORE DISTRETTO SOCIO SANITARIO**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Direttore del Distretto Socio Sanitario di Asolo Pieve di Soligo Treviso Sud Treviso Nord

RICHIEDE

la consegna di n° _____ ricettari di cui al D.M. 10 marzo 2006 per la prescrizione di farmaci stupefacenti previsti dal DPR 309/1990 e s.m.i.

Per il ritiro delega il/la Sig./Sig.^{ra} _____.

Luogo, data _____

Timbro e firma

~~~~~

**ATTESTAZIONE DI AVVENUTA CONSEGNA**

Si attesta di aver consegnato al/alla Sig./Sig.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ ricettari, ricetta dal n° \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_.

Estremi del documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma addetto alla consegna

\_\_\_\_\_

Firma per ricevuta

\_\_\_\_\_