

Procede alla compilazione in duplice copia del verbale n. _____ di constatazione ed affido alla preparazione di n. ____ confezioni sigillate protocollo n. _____ SFT del _____, ed invita il titolare a far pervenire alla UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale di questa Azienda Ulss il verbale relativo alle successive operazioni di distruzione dei medicinali/sostanze contenuti nell'elenco, in carico al relativo registro, per i quali deve esser garantita una corretta detenzione in modo separato dai farmaci in corso di validità.

Qualsiasi cambio di utilizzo d'uso dei locali dovrà essere autorizzato.

Letto, confermato e sottoscritto, _____

Timbro e firma Farmacista
UO Assistenza Farmaceutica Territoriale

Timbro e firma Medico
UO Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Timbro e firma Farmacista
Titolare/Direttore della Farmacia

Firma Farmacista designato
dall'Ordine dei Farmacisti

Timbro e firma Medico veterinario

Il segretario