Modulo 1

**RICHIESTA VIDIMAZIONE REGISTRO ENTRATA E USCITA SOSTANZE STUPEFACENTI**

**di cui all’art. 60 DPR n. 309/90 e ss.mm.ii.**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a | |
| nato/a a | il |
| Codice Fiscale | |
| residente a | |
| in via | n. |
| recapito telefonico | |
| Posta elettronica ordinaria (PEO) | |
| Posta elettronica certificata (PEC) | |

in qualità di:

* titolare impresa individuale
* legale rappresentante
* direttore tecnico

della farmacia/società di seguito indicata:

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione sociale/Denominazione | |
| Codice Fiscale/Partita IVA | |
| con sede legale in | prov. |
| in via | |
| codice identificativo regionale | |
| ***(da omettere in caso di trasferimento di titolarità)*** | |
| Posta elettronica certificata (PEC) | |

**CHIEDE**

la vidimazione del registro di entrata e uscita sostanze stupefacenti e psicotrope di cui all’art. 60, comma 1, del DPR 309/90 e ss.mm.ii..

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

Allegato:

ricevuta di versamento del diritto fisso di segreteria pari a € 20,00, da effettuarsi mediante accesso al Portale Pagamenti al link:

**<https://pagamentinlombardia.servizirl.it/mypay4/cittadino/spontaneo?enteToChange=ASTVP>**

sezione “Vidimazione registro stupefacenti” valorizzando la causale in “Vidimazione registro stupefacenti *(denominazione farmacia e codice identificativo regionale)*”