|  |
| --- |
| **AUTOISPEZIONE MESE DI:**  *(selezionare la casella relativa al periodo di riferimento):* **Dicembre Marzo Giugno Settembre**  Presso il reparto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CdC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nel periodo:  *(selezionare la casella relativa al periodo di riferimento):*  **Gennaio -Febbraio-Marzo Aprile–Maggio-Giugno Luglio-Agosto-Settembre Ottobre-Novembre-Dicembre** |

Si dichiara che *(selezionare la casella relativa all’opzione prescelta):*

**Sono in scadenza i farmaci/dispositivi sotto elencati □ Non sono presenti farmaci/dispositivi in scadenza □**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Quantità in unità** | **Descrizione Farmaci e dispositivi** | **Data scadenza** | **Note** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_