|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrizione: logo AUSL | Modulo interno di richiesta del blocco 6423C | Documento: Mod **IO PA 17 01 01** |
| Revisione: |
| Data: 26/05/2017 |
| **Farmacie Ospedaliere** | *pag. 1 di 1* |

Al Direttore

U.O. di Farmacia

P.O.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto dottor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Responsabile medico della Unità Operativa di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, faccio richiesta di:

1. Registro di carico e scarico dei medicinali stupefacenti e psicotropi (D.M. 03.08.2001);
2. Blocco “6423 C” che serve per la richiesta dei bollettari mod. “6423 A” e “6423R”.

Teramo, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma

**N.B.:**

* Le **UU.OO. Ospedaliere** utilizzeranno tale modulo per richiedere alla Farmacia quanto indicato al punto B). infatti quanto al punto A) va richiesto alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero.
* Le **UU.OO. Territoriali** utilizzeranno tale modulo per richiedere alla Farmacia sia quanto indicato al punto A) che al punto B).