

*Dipartimento Territoriale di Prevenzione*  
**Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche**

**RICHIESTA DI VIDIMAZIONE DEL REGISTRO DEGLI STUPEFACENTI**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ Veterinario Libero Professionista  
in qualità di

Titolare  Direttore

del seguente:

Ambulatorio Veterinario;

Studio Veterinario;

Clinica;

Ospedale Veterinario;

denominata ragione sociale \_\_\_\_\_

sede legale: Comune \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ in possesso di autorizzazione N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CHIEDE**

La vidimazione

del registro degli stupefacenti ( Ai sensi del DPR 309/90 art. 14 – 42 - 43 – 46 – 47 – 64)

Per il seguente motivo:

NUOVO

COMPLETATO

SMARRITO (allegare denuncia di smarrimento)

Data

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Preso visione dell'informativa all'utenza, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali che mi riguardano, inclusi quelli sensibili, di cui all'art. 1 lettera d), del D Leg. N.196/2003, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa di cui sopra, anche ai fini della comunicazione degli stessi nei limiti sopra indicati.

Firma \_\_\_\_\_

#### SPAZIO RISERVATO UFFICIO FARMACO SORVEGLIANZA

Registro vidimato n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ composto da n. \_\_\_\_\_ pagine  
numerate progressivamente

Il presente registro è la prosecuzione del registro n. \_\_\_\_\_ chiuso in data  
\_\_\_\_\_

**VISTO IL VETERINARIO UFFICIALE**

\_\_\_\_\_