

Al Comune di Triggiano
c.a. uff. Segreteria
Piazza V. Veneto, 46
70019 - Triggiano (Ba)

Oggetto: art. 42 D.P.R. n. 309/1990 - richiesta di vidimazione di registro stupefacenti, unito alla presente.

Il/la sottoscritta (nome e cognome) _____,
nella sua qualità di (qualifica) _____,
dello Studio/Clinica _____,
con recapito in _____ (Prov. ___), Via _____, Cap _____,
tel. _____, e-mail _____,

ai sensi dell'art. 42 del D.P.R. 309/1990 consegna il registro degli stupefacenti e ne

CHIEDE

la vidimazione.

A tal scopo comunica che il registro sarà ritirato:

- dal richiedente;
- da persona delegata e precisamente da:

(nome e cognome) _____,
nato/a _____ il _____,
residente in _____ (Prov. ___), Via _____,
che con la firma del presente atto viene all'uopo delegato/a.

N.B.: In caso di delega unisce copia documento d'identità del delegante in corso di validità.

Triggiano, _____ Firma _____

Per ricevuta della riconsegna del registro¹:

(nome e cognome in stampatello) _____,

Triggiano, _____ Firma _____

¹ Il registro vidimato potrà essere ritirato esclusivamente dal richiedente titolare dello Studio/Clinica o suo delegato