

*Spett.le Comune di Calco*  
*Alla c.a. del Responsabile dell'Area Servizi Amministrativi Culturali*  
*Via Cesare Cantù, 1*  
*23885 Calco (LC)*

**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:

o dal richiedente;

o 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.

Calco, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Per ricevuta della riconsegna del registro:<sup>1</sup>

(nome e cognome in stampatello)

---

Firma del richiedente

---

Calco, \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile del Servizio

---

---

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