

**MODULO DI RICHIESTA DI REGISTRAZIONE PER OPERATORI DI PRECURSORI DI
CATEGORIA 2**

(D.L.vo 24 marzo 2011 n. 50)

DA INVIARE PER POSTA AL

Ministero della salute
Direzione generale farmaci e dispositivi medici
Ufficio Centrale Stupefacenti
Via Giorgio Ribotta 5 - 00144 Roma

Il sottoscritto
nato il a
residente in
in qualità di legale rappresentante della società (ragione sociale, indirizzo, telefono, fax, e-mail).....
.....
.....

dichiara di utilizzare i seguenti precursori di categoria 2 :

<u>Sostanza</u>	<u>Codice NC</u>	<u>Operazioni^(a)</u>	<u>Indirizzo locali commerciali</u>

^(a) indicare una o più operazioni : immagazzinamento, fabbricazione, produzione, trasformazione, commercio, distribuzione, intermediazione, esportazione, importazione.

Il sottoscritto nomina come funzionario competente per le attività concernenti le sostanze indicate (nome, cognome, indirizzo, telefono, fax, e-mail)*.....
.....
.....

che sottoscrive il seguente modulo per accettazione, impegnandosi a svolgere tale funzione assumendo gli obblighi previsti dall'art. 3 punto 1 del Reg. (CE) n. 273/2004 e dall'art. 4 del Reg. (CE) n. 1277/2005.

....., li

Il funzionario competente *
(firma per accettazione)

Il legale rappresentante
(timbro e firma)

* Da indicare solo in caso di persona diversa dal legale rappresentante.