

**MODULO DI RICHIESTA DI REGISTRAZIONE PER OPERATORI
DI PRECURSORI DI CATEGORIA 3**

(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 svolgere attività come operatore dei seguenti precursori di categoria 3 :

<u>Sostanza</u>	<u>Codice NC</u>	<u>Indirizzo locali commerciali</u>

.....,li

Il legale rappresentante
(timbro e firma)