

**MODELLO DI RICHIESTA DI PERMESSO DI IMPORTAZIONE DI MEDICINALI STUPEFACENTI  
REGOLARMENTE REGISTRATI IN ITALIA E TEMPORANEAMENTE CARENTI SUL MERCATO**

**NAZIONALE**

(D.M. 11/05/2001)

**COMPILARE TUTTI I CAMPI E INVIARE AL**

Ministero della Salute

Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico

Ufficio Centrale Stupefacenti

Via Giorgio Ribotta 5 - 00144 Roma

**FAX 06 59943226**

PEC: [dqfdm@postacert.sanita.it](mailto:dqfdm@postacert.sanita.it)

**INDIRIZZO COMPLETO DELLA**

**STRUTTURA SANITARIA RICHIEDENTE:** .....

(Farmacia ospedaliera/ Servizio farmaceutico territoriale)

Indirizzo DI **POSTA ELETTRONICA ORDINARIA (PEO)** a cui inviare il permesso da [precursori@sanita.it](mailto:precursori@sanita.it)

**FARMACISTA REFERENTE PER LA RICHIESTA:** Dott.....

Tel: ..... e-mail .....

Fax: ..... PEC.....

**DENOMINAZIONE E INDIRIZZO COMPLETO DELLA DITTA ESTERA ESPORTATRICE:**

**DOGANA DI INGRESSO NEL TERRITORIO ITALIANO:** .....

**MEDICO RICHIEDENTE:** Dott.....

**INFORMAZIONI SUL MEDICINALE**

- NOME COMMERCIALE: .....
- DENOMINAZIONE PRINCIPIO ATTIVO:.....
- FORMA FARMACEUTICA: .....
- CONFEZIONI DA (numero di unità per confezione).....
- NUMERO CONFEZIONI RICHIESTE: .....

**PAESE DI PROVENIENZA DEL MEDICINALE**

(in cui è regolarmente autorizzato alla immissione in commercio): .....

**Titolare estero**.....**n. AIC nel Paese di provenienza**.....

**n. lotto nel paese di provenienza** .....

**DICHIARAZIONE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE**

Il sottoscritto.....

Dichiara che il medicinale:

- è regolarmente registrato in Italia, ma temporaneamente carente sul territorio nazionale;
- è posto regolarmente in vendita nel paese di provenienza;
- non è sostituibile con altri medicinali registrati in Italia e non sono disponibili al momento in Italia alternative terapeutiche;
- verrà utilizzato esclusivamente per le indicazioni approvate nel paese di provenienza e in accordo con il relativo riassunto delle caratteristiche del prodotto;
- verrà impiegato sotto la sua diretta responsabilità, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto dei pazienti stessi o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà e che le generalità dei pazienti e i documenti relativi al consenso informato saranno in possesso dello scrivente medico curante.

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI FARMACIA**  
(firma e timbro personale)

**IL MEDICO**  
(firma e timbro personale)