Protocollo Generale ASL Napoli 1 Centro - Prot. 0115474/e del 13/11/2019 09.25 Registrato da: U.O.C. Affari Generali
13/11/2019 09.25-20190115474

33

Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord
costituita ex art. 2, comma 1, lettera a) della L.R. n. 16 del 28 novembre 2008
Sede: Via M. Lupoli n.27 - 80027 FRATTAMAGGIORE (NA)
P.I. 06321661214 - C.F. 96024110635

U.O.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE E LOGISTICA
Via F. Turati, n.14-Frattaminore(NA)
Tel. 081-18840329

Agli Assessorati Regionali alla Sanità
Agli Assessorati alla Sanità delle Province
Autonome di Trento e Bolzano
Ai Direttori Generali delle ASL –
Regione Campania
Agli Ordini Provinciali dei Farmacisti delle Province di:
NA-CE-SA-BN-AV
Al Comando Carabinieri per la tutela della Salute NAS di Napoli
Ai Titolari delle Farmacie dell'ASL NA2 Nord

Loro Sedi

Oggetto: **smarrimento/furto ricettari SSN.**

Per gli interventi di competenza, si trasmette in allegato:

1) Modello smarrimento/furto ricettari del 11/11/2019, a firma del Coordinatore U.O Medici del Ds. n. 35 Pozzuoli(NA), relativo allo smarrimento ricettario SSN della **Dr.ssa PAGLIONICO ROSARIA M.M.G:**
2) Verbale di denuncia smarrimento ricettario del 07/11/2019, rilasciata dal Sanitario suindicato alla Legione Carabinieri Campania-Pozzuoli(NA).

Pertanto, in caso di spedizione dei suddetti documenti, l'importo relativo non sarà da considerarsi a carico dell'Ente erogatore dell'assistenza.

I Titolari di farmacia in indirizzo, segnaleranno tempestivamente il reperimento delle prescrizioni, stralciandole dal ciclo di elaborazione.

Il Direttore
(Dr. Mariano FUSCO)
ASL NAPOLI 2 NORD
Dipartimento Farmaceutico
U.O.S. Farmacie Convenzionate
Il Dirigente
Dr. D'Ambrosio Vincenzo

Allegati-2

Frattaminore(NA) 12/11/2019

REG. CAMPANIA

Regione Campania

Furto Ricettari

ASL NAPOLI 2 NORD - D.S. 35

PAGLIONICO — Cognome

ROSARIA — Nome

(Per il furto di ricettari assegnati a strutture indicare nel Cognome la Struttura e nel Nome il Distretto)

Data Denuncia (ggmmaaaa) 07/11/2019

Tipo Ricettario: ☒ Standard ☒ Rosso

Modulo continuo ☐ Standard ☐ Rosso

Codici * Reg ASL Anno	Dal numero **	Al numero **	Note
150119	001347400	001347499	

* Nella casella Codici Reg/ASL/Anno riportare il codice della Regione, della ASL e l'anno dell'Anno (i primi 7 caratteri numerici del codice a barre).

** Nella casella "Dal numero" e "Al numero" riportare il codice della ricetta (gli ultimi 9 caratteri numerici del codice a barre).

Data 11/11/2019

Funzione

A.S.L. NA 2 - NORD DS 35
Coordinatore U.O. Medici
ed Ambulatori
Dr. Giuseppe Cotini

Protocollo Verbale: NACS02 2019 VD 902721
Protocollo Sdi: NACS022019902492

LEGIONE CARABINIERI CAMPANIA
STAZIONE DI POZZUOLI

Via Carlo Alberto Dalla Chiesa 1
Tel. 081/8662666 - 8041100 - 8664033 - Fax 081/8664033 - E-mail stna311181@carabinieri.it

VERBALE di ricezione di denuncia orale sporta da: **Paglionico** Rosaria nata a [redacted] il [redacted] cittadinanza italiana, sesso femminile, coniugata, professione medico, identificata mediante [redacted] rilasciata da Comune di [redacted] il [redacted], residente a [redacted], Via [redacted], telefono [redacted] e relativa a "SMARRIMENTO", fatto avvenuto in data sconosciuta a Pozzuoli (NA).-----//

****

Il giorno 07/11/2019 alle ore 14:38, negli uffici del comando in intestazione, avanti al sottoscritto Appuntato Scelto BURGO Salvatore appartenente a Stazione Carabinieri di Pozzuoli, è presente la persona in oggetto indicata, la quale denuncia quanto segue:----//

Denuncio sotto la mia responsabilità civile e penale di aver smarrito un Ricettario medico in bianco, rilasciato da ASL Napoli 2 Nord dal nr.001347400 al nr.001347499.-----//

Faccio presente che il suddetto ricettario, andava smarrito presumibilmente dal giorno 30/10/2019. -----//

Posso fornire le seguenti informazioni circa gli oggetti e le persone coinvolte:-----//

Sono stata vittima di smarrimento in data sconosciuta in non previsto/altro. Il fatto è avvenuto a Pozzuoli (NA), VIA ALFONSO ARTIACO, cap. 80078. -----//

Non ho sospetti sul conto di alcuno.-----//"

Non ho altro da aggiungere né da modificare.-----//

Fatto, riletto, confermato e sottoscritto in data e luogo di cui sopra.-----//

NCO 1965.