

Da "asnapoli1centro@pec.aslna1centro.it" <asnapoli1centro@pec.aslna1centro.it>
A "direzione.generale@pec.aslna1centro.it" <direzione.generale@pec.aslna1centro.it>
Data mercoledì 12 dicembre 2018 - 16:12

**Documento assegnato Prot.0073712/2018 del 13/12/2018 11:49:51 Class: DG - Fwd:
POSTA CERTIFICATA: Furto/smarrimento timbri e/o ricettari - falsificazioni ricette-**

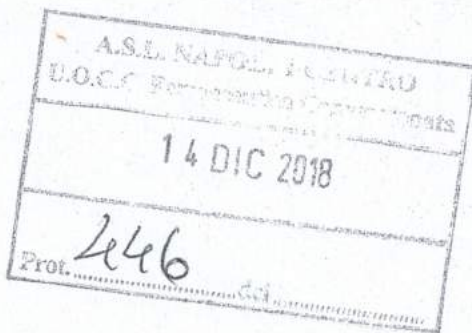
Allegato(i)

Message.txt (273 Kb)

13/12/2018

- Dr. Cuensale

- Dr. Valpe



Angela Maddalena
IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Forlenza
d'ordine
Dott.ssa Angela Maddalena

Da "dg04.farmaceutica@pec.regione.campania.it" <dg04.farmaceutica@pec.regione.campania.it>
"direzione generale asl di avellino" <protocollo@pec.aslavellino.it>, "direzione generale asl di
caserta" <direzione generale@pec.aslcaserta.it>, "direzione generale asl di napoli 2 nord"
<direzione generale@pec.aslnapoli2nord.it>, "direzione generale asl di napoli 3 sud"
A <protocollo@pec.aslnapoli3sud.it>, "asl di benevento direzione generale"
<direzione.generale@pec.aslbenevento.it>, "direzione generale asl di salerno"
<direzione generale@pec.aslsalerno.it>, "aslnacento" <aslnapoli1centro@pec.aslna1centro.it>,
"michele tari asl caserta" <michele.tari@pec.aslcaserta1.it>

Data mercoledì 12 dicembre 2018 - 16:12

Furto/smarrimento timbri e/o ricettari - falsificazioni ricette-

Allegato(i)

nota prot. n. 792680 del 12.12.2018.pdf (185 Kb)



Giunta Regionale della Campania
DIP 52 - D.G. 04 - U.O.D. 08
Direzione Generale per la Tutela della Salute e
il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
U.O.D. Politica del Farmaco e Dispositivi

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2018. 0792680 12/12/2018 15,28

Mitt. : 500406 Politica del farmaco e dispositi...

Dest. : AI DIRETTORI GENERALE DELLE AA.SS.LL. DELLA REGIONE CAM...

Classifica : 50.4. Fascicolo : 29 del 2018



Ai Direttori Generali
delle AA.SS.LL. Regione Campania

S.A.N.I.A.R.P. SEDE

Oggetto: Furto/smarrimento timbri e/o ricettari-Falsificazioni ricette

Per gli opportuni provvedimenti di competenza, si trasmettono note di pari oggetto della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia :

ASU integrata Udine

Prot.88420 del 13.11.2018

Il Funzionario
Raffaele D'Angelo

Il Dirigente
Dott. Ugo Trama

WD 06

5 DIC. 2018

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA	
	PRESIDIO OSPEDALIERO UNIVERSITARIO	azienda sanitaria universitaria INTEGRATA DI UDINE
	Santa Maria della Misericordia di Udine	

2

Prot. 88620 13 NOV 2018
 SOC Direzione Medica di Presidio
 Direttore: dr. Luca Lattuada
 Referente del procedimento:
 Tel: +39 0432 552203 – 2205
 Fax: +39 0432 554060
 e-mail: direzionemedica@asuiud.sanita.fvg.it
 pec: asuiud@certsanita.fvg.it

AGLI ASSESSORATI REGIONALI
IGIENE E SANITA'

ALLA DIREZIONE REGIONALE
IGIENE E SANITA'
TRIESTE

ALLE AZIENDE SANITARIE
REGIONE FRIULI V. GIULIA
LORO SEDI

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2018. 0788029 11/12/2018 13,15

Mitt. : AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA...

Ass. : 505406 Politica del farmaco e ospedal...

Classifica : 90.4. Fascicolo : 29 del 2018



ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI
UDINE
PORDENONE
TRIESTE
GORIZIA

Oggetto: Smarrimento timbro personale.

Per i successivi provvedimenti di competenza, si invia in allegato la denuncia di smarrimento del timbro personale della Dr.ssa DOLCEMASCOLO VALENTINA Dirigente Medico SOC CLINICA PEDIATRICA .

Distinti saluti

Il Direttore Medico di Presidio

(Dr. Luca Lattuada)

Di Angelo

Sede legale: via Pozzuolo, 330 - 33100 UDINE – Partita IVA e Codice Fiscale 02801610300
Sede operativa: p.le Santa Maria della Misericordia, 15 - 33100 Udine – Tel. 0432.552111



DICHIARAZIONE DI SMARRIMENTO

Il/La sottoscritto/a DOLCENASCOLO VALENTINA nato il 15/11/1978
a UDINE prov (PA)/Stato ITALIA
residente a UDINE in VIA IN
cittadinanza ITALIANA recapito telefonico 0432/211111
P.IVA

DICHIARA DI AVERE SMARRITO

in data e luogo imprecisati in località OSPEDALE in data 15/09/2018

Documento _____ n. _____ rilasciato il _____
(indicare il tipo) intestato a _____

(indicare cognome nome data e luogo di nascita o denominazione sociale)

Moneta elettronica o altra tipologia _____
(bancomat, c.credito, libretti postali/bancari, assegni)

emessi da (indicare istituto) _____

Carta di circolazione Certificato di Proprietà, dell' autovettura targata _____
intestata a _____

(cognome nome data e luogo di nascita e residenza o denominazione sociale con partita IVA)

Targa del veicolo (indicare tipo) _____ N° _____
di proprietà di _____

Altre tipologie di documenti, oggetti: _____

TIMBRO PERSONALE LAVORATIVO

CON DICHTURA

DOTT.SSA DOLCENASCOLO VALENTINA

Dirigente Medico

Unica Pediatra

Udine, 9 Novembre 18

Firma Dolcenascolo



QUESTURA DI UDINE

DIVISIONE POLIZIA ANTICRIMINE

- POSTO FISSO C/O AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA -

Tel. 0432/552358/59 - 0432/413175 email polizia.ospedale@aoud.sanita.fvg.it

Il sottoscritto Joe Bonducci, P.S. M.S. appartenente all'Ufficio in
intestazione, il giorno 9.11.18 alle ore 09.30 dà atto di aver ricevuto la presente dichiarazione dalla persona
suindicata identificata/tramite Camilla Maria Pizzardi rilasciata da
di _____ il _____

LA PRESENTE NON SOSTITUISCE EVENTUALI DOCUMENTI INDICATI,
IL CUI EVENTUALE RITROVAMENTO DOVRÀ ESSERE COMUNICATO
TEMPESTIVAMENTE A QUESTO UFFICIO.



l'Uff/Ag. di P.G.

[Signature]