

**MODELLO DI RICHIESTA DI PERMESSO DI IMPORTAZIONE DI CANNABIS AD USO MEDICO**

(D.M. 11/02/1997 e successive modificazioni ed integrazioni)

**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 a cui inviare il permesso (se diverso da quello del richiedente)

**FARMACISTA REFERENTE PER LA RICHIESTA:**

Tel: ..... e-mail .....  
fax: ..... PEC .....

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

**Bureau voor Medicinale Cannabis\_post bus 16114 NL 2500 BC**  
**Den Haag-c/o Ministero della Salute olandese**  
**Hoftoren – Rijnstraat 50 – 2515 XP Den Haag. OLANDA**

**DOGANA DI INGRESSO NEL TERRITORIO ITALIANO:**

**MEDICO RICHIEDENTE:**

**INFORMAZIONI SUL MEDICINALE**

- NOME COMMERCIALE:
- DENOMINAZIONE PRINCIPIO ATTIVO:
- FORMA FARMACEUTICA:
- DOSAGGIO:
- CONFEZIONI DA (numero di unità per confezione)
- NUMERO CONFEZIONI RICHIESTE:
- POSOLOGIA PRESCRITTA (*escluso per la ketamina*)

**DICHIARAZIONE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE**

Il sottoscritto.....

Dichiara che il medicinale:

- è posto regolarmente in vendita nel paese di provenienza;
- non è sostituibile con altri medicinali registrati in Italia e non sono disponibili al momento alternative terapeutiche, **IN PARTICOLARE NON È SOSTITUIBILE CON CANNABIS FM-2 PRODOTTA DALLO STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO DI FIRENZE;**
- verrà impiegato sotto la sua diretta responsabilità, per n. .... pazienti già individuati, 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 quantitativo richiesto è necessario per una cura non superiore a 90 giorni, per ogni singolo paziente.

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

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