

**MODULO PER LA RICHIESTA DI EROGAZIONE DIRETTA DI FARMACI**

Al Distretto \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ centro di costo 

--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto, Dott. \_\_\_\_\_ Cod. Reg. \_\_\_\_\_  
medico curante del paziente:

\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ (numero di telefono)

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ULSS di residenza 

--	--

 Distretto di Residenza \_\_\_\_\_

Essendo in possesso di Piano Terapeutico rilasciato dal Centro autorizzato di: \_\_\_\_\_

con la diagnosi di: \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

a favore del proprio paziente, l'erogazione diretta del farmaco sotto riportato.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del  
Medico curante

Principio attivo	dosaggio	posologia	gg.di terapia	N° conf.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**(riservato al Servizio di Farmacia Ospedaliera)**

(spazio per le fustelle)

DATA DI SPEDIZIONE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Timbro del Distretto recante la data di consegna**

**Firma per ricevuta del paziente**