

ALLA DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E ASSISTENZA FARMACEUTICA

CAMPOBASSO - Via Toscana, 45

e-mail: lavalle.antonella@mail.regione.molise.it

- ☐ Azienda Sanitaria Regionale del Molise
☐ Fondazione di Ricerca e Cura Giovanni Paolo II
☐ Istituto Neurologico Mediterraneo IRCCS Neuromed

MODELLO DI RICHIESTA DI INDIVIDUAZIONE DI NUOVI CENTRI E/O SPECIALISTI
 ABILITATI ALLA FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI E/O DEL PIANO TERAPEUTICO
 E/O PRESCRIZIONE DEI FARMACI.

PRINCIPIO ATTIVO _____

CLASSE E REGIME DI RIMBORSABILITA' DEL FARMACO _____

NOTA AIFA n° _____

OBBLIGO DI PIANO TERAPEUTICO ____ [] SI ____ [] NO _____

STRUTTURA E/O SPECIALISTA PROPOSTO (specificare se trattasi anche di struttura accreditata)	
Servizio	
Unità Operativa	
Reperto	
Ambulatorio	
Ubicata c/o	
Via	n°
Medico Responsabile / Referente Prof./Dott.	Timbro e Firma
Specialista in	
Telefono	
Fax	
Motivazione: 	
Il sottoscritto Direttore Generale/Presidente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt 46 e 47 DPR 445/2000, che il centro e/o lo specialista proposto è in possesso, per dotazione strumentale /esperienza/professionalità/casistica trattata, dei requisiti per essere individuato per la redazione della diagnosi e/o piano terapeutico e/o prescrizione del farmaco indicato.	

 IL DIRETTORE del P.O. / DISTRETTO
 DI _____

IL DIRETTORE GENERALE / PRESIDENTE
