ALLEGATO F

ALLA DIREZIONE GENERALE V - ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE ED ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA .

CAMPOBASSO

Via Toscana n.45

FAX n° 0874-424558 - E-mail: lavallo.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 _____

Reparto _____

Ambulatorio _____

Ubicata c/o _____

Via _____ n° _____

Medico Responsabile / Referente

Prof./Dott. _____

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. Allega alla presente copia del proprio documento di identità.

IL DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE/PRESIDENTE

Data _____