

**ASSISTENZA FARMACEUTICA INTEGRATIVA REGIONALE**

FARMACIA UNICA AZIENDALE caseriposo.gomo@asugi.sanita.fvg.it	AUTORIZZATA DA (indicare distretto di competenza):
---	--

Autorizzazione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

VALEVOLE ESCLUSIVAMENTE PER: Farmacia ospedaliera fornitura diretta

Nome Cognome  Nata/o il  Sesso  Tel   
 C.F.  C.R.A.  Regione   
 Azienda di residenza  M.M.G.

**RESIDENZA**

Comune di residenza  Via  Via  n°

**DOMICILIO**

Azienda per i Servizi alla Persona  
 Comune di domicilio  Via  Via  n°

**DIAGNOSI DI:**

**FORMULATA:**

Da  Azienda  Il   
 NUOVO UTENTE     MODIFICA     RINNOVO

**Note**

DESCRIZIONE	PEZZI AL MESE	CODICE ISO

La presente autorizzazione ha validità di \_\_\_\_\_ dalla data del rilascio

Si raccomanda di contattare il Distretto 30 giorni prima dell'eventuale rinnovo.

Data: \_\_\_\_\_ Medico Prescrittore (dipendente/convenzionato)  
(timbro e firma)

Infermiere/Operatore