SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MODULO DI RICHIESTA PRESCRIZIONE FARMACI
(TERAPIE CONTINUATIVE)

COGNOME…….

NOME……..

CODICE FISCALE……..

EVENTUALI ESENZIONI…….

MODALITA' DI RITIRO RICETTE SU CARTA:

□ in farmacia □ personalmente durante la prima ora di ambulatorio

NOME DEL FARMACO	DOSAGGIO (mg)	NUMERO DI CONFEZIONI

N.B. Le ricette saranno consegnate il giorno lavorativo successivo a quello della richiesta. Nel rispetto della legge sulla privacy, nel caso voleste ritirarle personalmente le ricette relative ad alcune categorie di farmaci che richiedono la stampa su carta, siete pregati di specificarlo nell'apposito modulo.
Tale modulo vi verrà riconsegnato insieme ai farmaci al momento del ritiro in farmacia.