

Al Direttore Responsabile Distretto 59
Alla U.O.S. Assistenza Sanitaria di Base

Oggetto: richiesta farmaci per Malattia Rara

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____ cell _____

in proprio

in qualità di familiare _____ del paziente _____

chiede

il rilascio dei prodotti indicati nel Piano Terapeutico rilasciato in data _____

dal Centro di Riferimento _____ .

Si allega:

- Piano Terapeutico
- Copia documento di identità del richiedente ed eventuale delegato

Sant'Agnello, _____

Firma