

Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Ser. D.

## PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Mmg \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_

Per tre mesi.

Il Dirigente Medico