



**MODELLO ISTANZA PER LA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE/INTEGRAZIONE
DI CENTRI AUTORIZZATI ALLA DIAGNOSI E PRESCRIZIONE DI FARMACI
SOGGETTI A LIMITAZIONE O PIANO TERAPEUTICO O NOTE AIFA
O REGISTRO DI MONITORAGGIO AIFA**

Da inoltrare a:

Regione Calabria
Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari
Settore n.3 "Assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e
protesica, farmacie convenzionate, educazione all'uso consapevole
del farmaco"

PEC: farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it

Oggetto: Richiesta di Autorizzazione/Integrazione/Modifica dell'U.O. di
_____ appartenente all'AO/AOU/ASP di
_____ nell'elenco dei Centri autorizzati alla
prescrizione di _____ per l'indicazione
terapeutica _____

In merito alla richiesta in oggetto, si richiede una (*indicare*):

PRIMA AUTORIZZAZIONE

INTEGRAZIONE

Della seguente Struttura:

STRUTTURA Unità Operativa _____ Servizio _____ Ambulatorio _____ Altro _____
Ubicata c/o _____

Alla prescrizione del FARMACO come di seguito esplicitato:

- Principio attivo (*Nome Commerciale*)

- Indicazione Terapeutica

- Specifica degli specialisti per i quali si richiede l'autorizzazione (nominativi e qualifica)

- Numero di pazienti affetti dalla patologia in esame, eleggibili al trattamento, afferenti al Centro di cui si richiede l'autorizzazione

Data _____

Timbro e Firma del
Direttore Sanitario Aziendale
