

**MODELLO ISTANZA PER LA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE UTENZA DIRIGENTI
FARMACISTI PER LA DISPENSAZIONE FARMACI SOTTOPOSTI AL REGISTRO DI
MONITORAGGIO AIFA**

Da inoltrare a:

Regione Calabria
*Dipartimento Tutela della Salute
e Servizi Sociali e 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 attivazione utenza Dirigente Farmacista dell'U.O. _____ Azienda
AO/AOU/ASP _____ sul Registro di Monitoraggio AIFA.

In merito alla richiesta in oggetto, si chiede una PRIMA AUTORIZZAZIONE della seguente struttura:

STRUTTURA
Unità Operativa
Azienda AO/AOU/ASP
Ubicata c/o
Dirigente Farmacista (<i>nominativo e qualifica</i>) 1) _____ 2) _____ 3) _____

Data _____

Il Direttore Farmacia

Il Direttore Sanitario Aziendale
