ASL AV AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO	**MODULO DI RICHIESTA MEDICAZIONI, DISINFETTANTI, PRESIDI, SOLUZIONI INFUSIONALI**	**MOD. 9**

Distretto Sanitario di_____

Al SERVIZIO CURE DOMICILIARI

PAZIENTE_____CF_____

DATA DI NASCITA_____LUOGO DI NASCITA_____

RESIDENZA_____

NUM. ISCRIZ CDI_____MMG/PLS DR._____TEL _____

DIAGNOSI_____

PRESCRIZIONE MEDICAZIONI - DISINFETTANTI	QUANTITÀ RICHIESTA (UNITÀ)	QUANTITÀ CONSEGNATA (UNITÀ)
PRESCRIZIONE PRESIDI - SOLUZ. INFUSIONALI		

DATA_____ **MMG/PLS** **FARMACISTA**

FIRMA PER RICEVUTA **TIMBRO E FIRMA** **TIMBRO E FIRMA**