



REGIONE PUGLIA
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE
Lungomare Starita, 6 – 70132 BARI

Prot. n.

Bari,

Al **Referente Distrettuale Malattie Rare del DSS** _____
Responsabile della Farmacia Territoriale di _____
e per il tramite del Referente Distrettuale MR a **Assistito/a Sig./ra** _____

LORO SEDI

Oggetto: richiesta autorizzazione di trattamento/i extra-LEA per Malattia Rara – nota Regione Puglia prot. n. AOO_081/0547 del 01/02/2019 e prot. n. AOO_081/1675 del 29/03/2019

Vista la richiesta del Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____, affetto/a da malattia rara Cod. _____ che richiede la dispensazione del/dei trattamento/i extra-LEA

Ed in considerazione delle note della Regione Puglia richiamate in oggetto

➤ Il **Direttore del Distretto S.S.** _____ Dr./Dr.ssa _____
Verificata la correttezza della documentazione allegata all'istanza da parte del Referente distrettuale per le Malattie Rare esprime **PARERE FAVOREVOLE** per la/le prescrizione/i extra-LEA: _____

NON ESPRIME PARERE per la/le prescrizione/i extra-LEA: _____

Data, _____ Firma _____

➤ Il **Direttore dell'Area Farmaceutica Territoriale** Dr./Dr.ssa _____
Esperate le verifiche e valutazioni di competenza esprime **PARERE FAVOREVOLE** per il/i farmaco/i e/o prodotto/i: _____

NON FAVOREVOLE per il/i farmaco/i e/o prodotto/i: _____

(il **PARERE FAVOREVOLE** è da intendersi limitatamente ai principi attivi attualmente disponibili come da gara regionale/aziendale)

Data, _____ Firma _____

Acquisiti, in calce alla presente i pareri del Direttore del DSS di residenza del richiedente e del Direttore dell'Area Farmaceutica

AUTORIZZA l'erogazione, con le limitazioni indicate e per il tramite del Servizio di Farmacia Territoriale in indirizzo, dei farmaci e/o del/i prodotto/i: _____

NON **AUTORIZZA** l'erogazione di: _____

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
UOSAVS CTMR ASL BA

IL DIRETTORE SANITARIO ASL BA