

**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 richiesta del Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ affetto/a da Malattia rara _____
Cod. _____ richiede la dispensazione del/dei trattamento/i extra-LEA

-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 fornitura dei farmaci/prodotti extra Lea prescritti
- PARERE NON FAVOREVOLE** per la fornitura dei farmaci/prodotti extra Lea prescritti

Data _____

Direttore del Distretto
f.to Dott.

-Il Direttore dell' Area Farmaceutica Territoriale Dr./Dr.ssa **PAOLA DI GIORGIO**

Esperate le verifiche e valutazioni di competenza esprime

- PARERE FAVOREVOLE** per la fornitura dei farmaci/prodotti extra Lea prescritti
- PARERE NON FAVOREVOLE** per la fornitura dei farmaci/prodotti extra Lea prescritti
-

Data _____

Dott.ssa Paola Di Giorgio
f.to

-Il Responsabile CTMR Dr./Dr.ssa **ANNAMARIA MAZZOTTA**

Esperate le verifiche e valutazioni di competenza esprime

- PARERE FAVOREVOLE** per la fornitura dei farmaci/prodotti extra Lea prescritti
- PARERE NON FAVOREVOLE** per la fornitura dei farmaci/prodotti extra Lea prescritti

Data _____

Acquisiti i pareri del Direttore del DSS di residenza del richiedente, del Direttore dell'Area Farmaceutica e del Responsabile CTMR

Si 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 prescritti

NON SI AUTORIZZA l'erogazione di:

Data _____

IL DIRETTORE SANITARIO ASL BR