



MODULO N.3

**MODULO DI RICHIESTA FARMACI PHT DA PARTE DI FARMACIE OSP/TERR
DELLE ASL PROVINCIALI PER PAZIENTI DETENUTI IN REGIME DI RICOVERO**

Spett.le ASL BA

Ufficio PHT

Lungomare Starita 6 – ex CTO

70126 BARI

ufficio.pht@asl.bari.it

Il sottoscritto/a Dr. _____ Dirigente Farmacista in servizio presso la
Farmacia Ospedaliera/Territoriale della Struttura _____

chiede la disponibilità all'approvvigionamento, tramite il Deposito DPC _____

sede di _____ di n. 1 confezione del Farmaco PHT in Elenco DPC regionale

Minsan: _____ Nome Commerciale/Principio Attivo: _____

Dosaggio: _____ Forma Farmaceutica: _____ in quanto non disponibile

Dichiara altresì che tale richiesta ha carattere di Urgenza in quanto il farmaco risulta necessario
al fine di garantire la continuità terapeutica all'assistito (C.F.) _____

Ricoverato/Detenuto presso la Struttura _____ convenzionata della

ASL provinciale di _____ del Servizio Sanitario Regionale.

LUOGO E DATA

FIRMA DEL FARMACISTA RICHIEDENTE

E TIMBRO DELLA FARMACIA



[Handwritten signatures and initials]