

COGNOME NOME
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CRIZIONE

CODICE FISCALE

CODICE ESEZIONE **REDDITO** (Vedi avvertenze sul retro) **FIRMA AUTOCERTIFICANTE**

SIGLA PROVINCIA **CODICE ASL**

(Barrare se non utilizzate)

NOTA CUF **SUGG.** **RICOV.** **ALTRO**

NOTA CUF **PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE**

STAMPA PC

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE **RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO**

050A0 ***0185484758***

COGNOME E NOME:

INDIRIZZO: **CAP:** **CITTA':** **PROV:**

ESENEZIONE: NON ESENTE **SIGLA PROVINCIA:** **CODICE ASL:** **DISPOSIZIONI REGIONALI:** 1

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S,H): **ALTRO:** **PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):**

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
	1	---