

**RICHIESTA ATTIVAZIONE/DISATTIVAZIONE PRESCRITTORE
SANIARP/SINFONIA AIFA REGISTRI**

Al Referente Aziendale Centri Prescrittori

Dott.ssa
A. Vozza
c/o UOC

ATTIVAZIONE ☐	DISATTIVAZIONE ☐	
SANIARP ☐	SINFONIA ☐	REGISTRI AIFA ☐

Farmacia Centralizzata

CENTRO PRESCRITTORE

CDC _____	Descrizione CDC _____
N. Telefono _____	Mail _____
Principio Attivo _____	
Specialità _____	
Patologia _____	
Timbro e firma del Direttore UOC _____	

RESPONSABILE CENTRO PRESCRITTORE*

*Sezione da compilare per le richieste di abilitazione su portale Sinfonia

Nome _____	Cognome _____
C.F. _____	
Telefono _____	Mail Aziendale _____
Descrizione profilo _____	
Descrizione Centro _____	

DATI MEDICO

Nome _____	Cognome _____
C.F. _____	N.° Albo prof.le _____
Telefono _____	Mail Aziendale _____
Descrizione profilo _____	
Tipologia di incarico/durata _____	
Timbro e firma del Medico _____	

UOC FARMACIA OSPEDALIERA

Timbro e firma del Direttore UOC _____
--

Nulla Osta del Direttore Sanitario Aziendale
