

ALLEGATO A

Cognome e Nome:			
Codice Fiscale:			
Durata soggiorno estero (giorni):			
Medicinale	Principio Attivo	Posologia Die	N° confezioni prescrivibili
Data:			
<p>Timbro e Firma MMG richiedente</p> <p>.....</p>			
<p>Timbro e Firma Distretto Sanitario</p> <p>.....</p>			