

## SCHEDA INDIVIDUALE

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO COMPLETO: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**CODICE \*** \_\_\_\_\_

**\* RIPORTARE CODICE REGIONALE DEL MMG/NUMERO PROGRESSIVO**

**(Tale Codice deve corrispondere a quello presente sulla SCHEDA ASSISTENZA FARMACEUTICA DOMICILIARE)**

**MEDICO MEDICINA GENERALE : DISTRETTO:** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma

LA PRESENTE VA INOLTATA ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA: [farmacia casa@aslfrosinone.it](mailto:farmacia.casa@aslfrosinone.it) SUCCESSIVAMENTE ALLA SCHEDA "CONTINUITA' ASSISTENZA FARMACEUTICA DOMICILIARE (UOC Farmacia: recapiti telefonici – 0775/8822306/10/08)-

**NUMERO VERDE 800 938 866**