**OGGETTO: DELEGA RITIRO FARMACO E/O MATERIALE SANITARIO**

Da inviare a piani.terapeutici@aspvv.it o consegnare alla Farmacia Territoriale

Io sottoscritto/a (cognome nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELEGO**

(cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a ritirare il:

|  |  |
| --- | --- |
| **Farmaco e/o materiale sanitario** | **Conservazione/Trasporto a bassa temperatura? (Si/No)** |
|  |  |

Presso la Farmacia Territoriale per la successiva consegna a:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Indirizzo di consegna |
|  |  |  |

Si allega alla presente copia del documento di identità in corso di validità del delegato, del delegante e del piano terapeutico.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

 In Fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per ricevuta della consegna del su indicato farmaco confezioni n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e/o materiale sanitario effettuata in data \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ ricevente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma ricevente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_