

ASL SALERNO	MODULO TRASMISSIONE DIFFORMITA'	DATA: Rev. 1 Pagina 1 di 1
-------------	--	----------------------------------

AL DIRETTORE RESPONSABILE DISTRETTO SANITARIO

Come da segnalazione allegata, si è proceduto alla verifica delle difformità di seguito indicate:

Per il Dott. _____

in servizio presso _____

1) ai sensi delle normative regionali vigenti (DGRC n. 1882/2008), si segnala la seguente difformità

- mancanza timbro personale
- mancanza firma
- mancanza codice identificativo regionale
- altro _____

2) ai sensi dei decreti commissariali n° 56/2015 e n° 57/2015 e precedenti, inerenti l'appropriatezza della prescrizione farmaceutica, si segnala che la prescrizione farmaceutica allegata, riferita al medicinale:

è da considerarsi inappropriata per i seguenti motivi:

3) ai sensi del decreto commissariale n° 114/2013, si segnala la seguente difformità:

- mancato utilizzo del modello unico di prescrizione regionale
- incompleto utilizzo del modello unco di prescrizione regionale

data

firma e timbro del medico

.....