|  |  |
| --- | --- |
| **Farmaco** |  |
| **Principio attivo** |  |
| **ATC** |  |

|  |
| --- |
| **Dettagli del richiedente** |

|  |
| --- |
| **Dettagli richiesta (campi obbligatori \*)**  |
|  **Determina AIFA pubblicata su G.U. di classificazione ai fini della rimborsabilità in classe C(nn) \*** Da allegare alla presente | Determina n. \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pubblicata su GU n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Azienda Sanitaria |  |
| Direttore Generale | nome: | cognome: |
| Direttore Sanitario | nome | cognome: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patologia\*****Come da determina C(nn)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Razionale d’uso** **comprensiva di offerta economica** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Particolarità del caso clinico** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Assenza alternativa terapeutica a carico SSN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Benefici attesi** |  |

|  |
| --- |
| **Altri documenti (campi non obbligatori)**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione allegati****- Studi clinici** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Comunicazioni alla commissione**  |  |

Napoli: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direttore Generale e/o Direttore Sanitario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Da stampare su carta intesta Azienda Sanitaria ed inviare a mezzo pec compilata in tutte le parti obbligatorie , firmata e timbrata a :***

***dg04.farmaceutica@pec.regione.campania.it***