

- AZIENDA USL n° \_\_\_\_\_
- AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU
- POLICLINICO UNIVERSITARIO DI \_\_\_\_\_

Da inoltrare  
ALL'ASSESSORATO REGIONALE DELL'IGIENE e SANITA' E DELL'ASSISTENZA  
SOCIALE  
CAGLIARI  
FAX n° 070-6066445  
E-mail: [sanita.settore.farmaceutica@post.regione.sardegna.it](mailto:sanita.settore.farmaceutica@post.regione.sardegna.it)

**MODELLO DI RICHIESTA D'INSERIMENTO DI NUOVI CENTRI DI  
RIFERIMENTO ABILITATI ALLA FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI E  
DEL PIANO TERAPEUTICO**

PRINCIPI ATTIVI \_\_\_\_\_  
NOTA AIFA n° \_\_\_\_\_

<b>STRUTTURA PROPOSTA</b> (specificare se pubblica o privata accreditata e l'esatta denominazione se divisione, servizio, unità operativa, reparto o altro)
Divisione _____ Servizio _____ Unità Operativa _____ Reparto _____ Ambulatorio _____ _____
Ubicata c/o _____ (indicare se Presidio Ospedaliero, Casa di Cura o altro) Via _____ n° _____
Medico Responsabile / Referente Prof./Dott. _____ Specialista in _____ Telefono _____ Fax _____
<b>Motivazione:</b>

IL DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_