



Richiesta Rilascio Credenziali per il  
Collegamento alla Piattaforma  
Informatica  
SANI.A.R.P.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(titolo,cognome,nome)

**CHIEDE**

il rilascio delle credenziali per IL COLLEGAMENTO alla piattaforma informatica **SANI.A.R.P.**

con il **RUOLO** di **PRESCRITTORE**

per la **PROCEDURA** del **MODELLO UNICO**

Specificare :

Pht  Fascia H  Fascia A  Sofosbuvir/Simeprevir

Pertanto rilascia le seguenti informazioni:

Centro Prescrittore : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Telefono : \_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Iscrizione Ordine dei Medici : \_\_\_\_\_

Data

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(Si prega scrivere in stampatello)

Numero Verde **800984043**  
Fax **0823/1764475 – 78 – 79**