

Il sottoscritto Dott./ Dott.sa _____, in veci di Medico
Curante / Ex Medico Curante / Specialista Medico

CERTIFICA CHE

Il sig. _____ nato a _____, il
_____ codice fiscale _____, risulta essere stato
in terapia con il farmaco¹ _____ per il periodo compreso dal
giorno² _____ al giorno³ _____.

Rilascio il presente certificato su richiesta dell'Interessato per gli usi di Legge.

Data _____ Firma _____

¹ Principio attivo / Dosaggio

² Giorno di prescrizione del farmaco da parte del Medico Specialista o della prima ricetta rilasciata dal Medico Curante

³ Giorno ultimo utile di terapia in base all'ultima ricetta rilasciata relativa al farmaco