

## DICHIARAZIONE di PRESCRIZIONE MEDICA

Il sottoscritto Dott./ Dott.ssa \_\_\_\_\_, in veci di Medico

Curante / Ex-Medico Curante / Specialista Medico

### CERTIFICA CHE

Il sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_,

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, risulta essere stato in

visita presso il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, e che a termine della visita, gli è stato da me prescritto il

farmaco PROPECIA (FINASTERIDE 1mg) \_\_\_\_\_, da assumere per il periodo compreso dal

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, avendo cura di avvisare

il paziente circa tutti i possibili effetti collaterali.

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

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_