

**DATI PAZIENTE**

Cognome..... Nome.....

Data di Nascita ...../...../..... Luogo di Nascita..... Prov. (    )

Residente a ..... Prov. (    ) Via.....

Codice Fiscale..... Codice Esenzione.....

Telefono paziente ..... Email paziente .....

Telefono familiare ..... Email familiare .....

Medico curante ..... Email medico .....

<i>Sintesi clinica del paziente</i>

	Presidi/Ausili Richiesti-Elenco	Quantità
Prima prescrizione		
Rinnovo		

Data.....

Firma medico

Inviare via mail a [lungodegenza.telemedicina@asp.enna.it](mailto:lungodegenza.telemedicina@asp.enna.it)