

## REGIONE VENETO - ASL 050 \_\_\_\_\_

 Titolare formulario E112 Titolare formulario E123\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)\_\_\_\_\_  
(data di nascita)Familiari:\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)\_\_\_\_\_  
(data di nascita)\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)\_\_\_\_\_  
(data di nascita)1. Nome e codice istituzione competente \_\_\_\_\_  
punto 6.1 del formulario E 112 punto 6.1 del formulario E 1232. Numero identificativo personale \_\_\_\_\_  
punto 1.5 del formulario E 112 punto 2.5 del formulario E 123

3. Sigla dello Stato \_\_\_\_\_

4. Validità del modello dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**NOTE PER IL MEDICO:**

Dal presente modulo si dovranno ricavare i dati da riportare nella ricetta.

Parte anteriore della ricetta:

- nell'apposito spazio (campo 3) indicare **cognome e nome** dell'assistito
- nell'apposito spazio (campo 16) indicare (in maniera leggibile) **la prescrizione** (es. visita ambulatoriale, prescrizione specialistica, farmaci ecc.)
- nella casella : tipo di ricetta (campo 7) indicare la sigla **UE**

Retro della ricetta:

- nello spazio *Codice dell'Istituzione Competente* (campo 7) indicare quanto riportato al punto 1. del presente modulo
- nello spazio *Codice dello Stato Estero* (campo 8) indicare quanto riportato al punto 3. del presente modulo
- nello spazio *Codice di Identificazione Personale dell'Assistito* (campo 9) indicare quanto riportato al punto 2. del presente modulo
- nello spazio *Numero di Identificazione della Tessera* (campo 10) indicare il tipo di modello, il codice e l'acronimo della ASL riportati nell'intestazione (esempio: E 123 - 050110 - San Donà di Piave). Se lo spazio non è sufficiente si potrà abbreviare l'acronimo.

**Nello spazio relativo alla firma dell'assistito (che deve obbligatoriamente firmare la ricetta) dovrà essere indicare in stampatello il nome ed il cognome dell'assistito.****NOTE PER LA ASL:**Barrare il quadratino relativo alla categoria dell'assistito, **compilare** le voci negli spazi tratteggiati e consegnare una copia del presente modulo all'assistito. **Ritirare il modello all'assistito e unitamente ad una copia del presente modulo inviarlo all'Ufficio che esegue la contabilità per gli stranieri.****NOTE PER L'ASSITITO:**

Conservare il presente modulo e consegnarlo al medico ogni qualvolta ne abbia bisogno.

FIRMA OPERATORE

TIMBRO U.L.S.S.

\_\_\_\_\_