

Presidio soggetto a collaudo: **SI** **NO**

Previsione rinnovo prescrizione:

La presente prescrizione è “Urgente prima di dimissione”: **SI** **NO**

Se SI indicare la data presunta delle dimissioni: _____

Data

Timbro e Firma del Medico prescrittore

Si precisa che ogni campo dovrà essere accuratamente compilato secondo quanto richiesto al fine di permettere la disamina della richiesta in tempi congrui.