

AI SERVIZIO FARMACEUTICO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA di:

---

AI MINISTERO della SALUTE - UFFICIO di SANITA' MARITTIMA AREA di FRONTIERA di MILANO  
MALPENSA

Data: \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Richiesta d'importazione di un farmaco non registrato in Italia da utilizzarsi in ambito ospedaliero ai sensi del DM 11/02/97**

**Il sottoscritto Dott./Prof.(IN STAMPATELLO LEGGIBILE):** \_\_\_\_\_

**operante presso il Reparto/Divisione di:** \_\_\_\_\_

Chiede di importare tramite la Ditta **IMPORT Pharma S.r.l.** il seguente farmaco:

**PRINCIPIO ATTIVO** \_\_\_\_\_

**NOME COMMERCIALE** \_\_\_\_\_

**FORMA FARMACEUTICA:** \_\_\_\_\_

**DOSAGGIO:** \_\_\_\_\_

**CONFEZIONAMENTO:** \_\_\_\_\_

**POSOLOGIA PRESCRITTA(\*):** \_\_\_\_\_

Nella quantità di n. \_\_\_\_\_ confezioni da \_\_\_\_\_ prodotto dalla Ditta \_\_\_\_\_

**titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio**, regolarmente registrato nel Paese di provenienza per la stessa indicazione terapeutica per la quale viene importato. Tale farmaco (**soggetto al 10% dell'imposta IVA**) è indispensabile ed insostituibile:

**per la cura** di n. \_\_\_\_\_ pazienti, identificati (di seguito) con le iniziali e date di nascita:

---

**per scorta reparto** per n. \_\_\_\_\_ pazienti affetti da:

---

**(\*)**La quantità di confezioni ordinata è per una durata massima della terapia di 90 giorni. Inoltre si richiede che il medicinale sia già disponibile al momento del ricovero dei pazienti selezionati per questa terapia.

**DICHIARA ALTRESI' CHE IL FARMACO**

- in base a dati documentabili non è sostituibile per la buona riuscita della terapia da altri farmaci registrati in Italia e l'utilizzo è noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate internazionalmente;
- non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope non è sangue umano e/o suoi derivati;
- verrà impiegato sotto la propria diretta responsabilità dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente o in caso di minore incapace di chi esercita la patria potestà;
- le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono in possesso del medico curante.

Si dichiara inoltre di essere consapevole:

- di essere penalmente sanzionabile se rilascia falsa dichiarazione (art.76 D.P.R. 445/2000);
- di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (art.75 D.P.R. 445/2000);
- che l'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art.71 D.P.R. 445/2000);
- che i dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (D.Lvo 196/2003).

---

**Timbro e firma del Medico**

---

**Firma del Dirigente Farmaceutico**