CIFAV
CENTRO DI INFORMAZIONE SUL FARMACO PER L'AREA VASTA

CIFAV -Onlus
Via F. Gallini, 2 33081 Aviano (PN)

Tel. 0434-659221 / 0434-659248 /email: **info@cifav.it**

Modulo di Richiesta Informazioni sui Farmaci al CIFAV

DA INVIARE a: *CIFAV-Onlus, Via F. Gallini, 2, Aviano (PN)*

FAX: 0434-659743 mail: info@cifav.it

Data della richiesta ……

Urgente SI ○ NO ○

INDICARE:

○ Professionista sanitario
○ Cittadino
○ Paziente
○ Altro _____

Cognome (facoltativo)	
Nome (facoltativo)	

Formulate qui la vostra richiesta di informazioni o le vostre domande

(barrare le caselle in caso di risposta affermativa):

☐ Acconsento ad essere ricontattato per ulteriori informazioni sulla problematica da me proposta, affichè il CIFAV possa elaborare una risposta il più possibile completa ed appropriata. Recapito telefonico: _____
e-mail _____

☐ Il mio Medico di Medicina Generale è già informato della problematica da me segnalata

☐ Assumo altri farmaci/integratori/sostanze naturali? _____

_____

Avviso: L'informazione è un suo diritto, come sancito dalla *Carta dei Servizi Pubblici Sanitari (D.P.C.M. 19 maggio 1995).* Nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196/03, "*Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali*", Le viene fornita una risposta finalizzata ad una maggior comprensione delle problematiche da Lei formulate.
Tale risposta non può assolutamente sostituire quanto Le è già stato o Le verrà indicato dal Medico, unica figura professionale in grado di formulare una diagnosi e prescrivere una terapia. La risposta non può in alcun caso essere interpretata o utilizzata come documento medico-legale, in quanto il Centro CIFAV non è tenuto a seguire il caso clinico nella sua complessità.