

**PUBBLICO CONCORSO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO  
DI DIRIGENTE FARMACISTA DISCIPLINA: FARMACIA TERRITORIALE DA  
ASSEGNARE ALLA S.C. FARMACIA TERRITORIALE DELL'ASL NO**

**PROVA PRATICA N.1:**

Il candidato dovrà indicare per ciascuna ricetta le valutazioni necessarie per poter procedere o meno alla dispensazione del farmaco al paziente e attraverso quale canale distributivo (vedi n.3 ricette allegate)

**PROVA PRATICA N.2:**

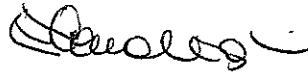
Il candidato dovrà indicare per ciascuna ricetta le valutazioni necessarie per poter procedere o meno alla dispensazione del farmaco al paziente e attraverso quale canale distributivo (vedi n.3 ricette allegate)

**PROVA PRATICA N.3:**

Il candidato dovrà indicare per ciascuna ricetta le valutazioni necessarie per poter procedere o meno alla dispensazione del farmaco al paziente e attraverso quale canale distributivo (vedi n.3 ricette allegate)

IL PRESIDENTE

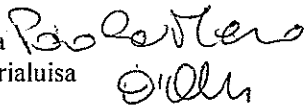
Dott.ssa Vighi Elena



I COMPONENTI

Dott.ssa Mero Paola

Dott.ssa D'Orsi Marialuisa



IL SEGRETARIO

dott.ssa Miranda Pucciarelli



Novara, 13/11/2024





PROVA PRATICA N°1

RICETTA N° 1

Cognome \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DELL'ASSEMBLATO ANCHE SE PRESENTI ALLA STAMPA  
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
 REGIONE PIEMONTE

AA A A A A A A A A A A A A A A A A

01026 y 1234567888

NUMERO CONFEZIONE / PREPARAZIONE: 2  
 TIPO DI RICETTA: \_\_\_\_\_  
 DATA: 1 3 / 1 1 / 2 4

PRESCRIZIONE

Aripiprazolo\*28 CPR 15 MG, ABILIFY\*28 CPR 15 MG  
 Sic volo per gravi esigenze cliniche.

Dott. Franco Rossi  
 01234  
 Franco Rossi

NUMERO PROGRESSIVO (SECONDI) \_\_\_\_\_  
 TICKET \_\_\_\_\_  
 GALIA DEL CHIAM. ALTO \_\_\_\_\_



RICETTA N° 2

Cognome \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DELL'ASSEMBLATO ANCHE SE PRESENTI ALLA STAMPA  
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
 REGIONE PIEMONTE

AA A A A A A A A A A A A A A A A A

01032 y 1234567888

NUMERO CONFEZIONE / PREPARAZIONE: 2  
 TIPO DI RICETTA: \_\_\_\_\_  
 DATA: 1 3 / 1 1 / 2 4

PRESCRIZIONE

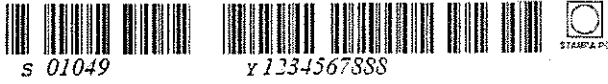
Micofenolato mofetile, MYFENAX\*50CPR RIV 500MG

Dott. Paolo Bianchi  
 09876M  
 Paolo Bianchi

NUMERO PROGRESSIVO (SECONDI) \_\_\_\_\_  
 TICKET \_\_\_\_\_  
 GALIA DEL CHIAM. ALTO \_\_\_\_\_

Handwritten signatures and initials on the right side of the second prescription form.

Cognome \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O REGALTO) PRESCRITTO DALLA LEGGE  
 Nome \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO (O) PRESCRITTO DALLA LEGGE



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
 REGIONE PIEMONTE



NON ESISTENTE     CODICE ESIBIZIONE     REDDITO     FIRMA AUTOCERTIFICANTE     CODICE PROVINCIA     CODICE ASL

**FILGRASTIM\*30 UI 0,5 ML 1 sir.**

2          1  3  1  1  2  4  
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI    TIPO DI RICETTA    DATA

(Barre da non utilizzare)

SUOI     H     ALTRI  
NOTA CUP    RECUP    ALTRO

U     B     D     P  
NOTA CUP    PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE

Dott. Paolo Bianchi  
 09876M  
*Paolo Bianchi*  
TIMBRE E FISSA DEL MEDICO

DATA ALTA

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<small>CODICE    NUMERO</small>	<small>CODICE    NUMERO</small>	<small>CODICE    NUMERO</small>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<small>CODICE    NUMERO</small>	<small>CODICE    NUMERO</small>	<small>CODICE    NUMERO</small>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<small>CODICE    NUMERO</small>	<small>CODICE    NUMERO</small>	<small>CODICE    NUMERO</small>

DATA SPEDIZIONE    TIMBRE E FISSA DEL MEDICO

NUMERO PROGRESSIVO    SIFORTI

NUMERO    FINE

SALIN    OR    CAR    ALTR

*R*

*P*

*EO*

*an*

# ALLEGATO DOMANDA PROVA PRATICA N.2

## PROVA PRATICA N°2

### RICETTA N° 1

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE

**RISPERDAL 4MG 60CPR RIV**

Sic volo per gravi esigenze cliniche.

**PRESCRIZIONE**

NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE:

TIPO DI RICETTA:

DATA:

NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:

Dott. Franco Rossi  
01234  
*Franco Rossi*

DATA SPEDIZIONE / TIPOREO E STRUTTURA SPEDICANTE:   
NUMERO PROGRESSIVO:   
IMPORTI:   
TICKET:   
BILICO DA CAMBIO:

### RICETTA N° 2

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE

**RIFAXIMINA 550MG 56CPR - TIXTELLER**

**PRESCRIZIONE**

NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE:

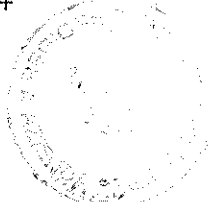
TIPO DI RICETTA:

DATA:

NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:   
NUMERO CODICE / NUMERO:

Dott. Paolo Bianchi  
09876M  
*Paolo Bianchi*

DATA SPEDIZIONE / TIPOREO E STRUTTURA SPEDICANTE:   
NUMERO PROGRESSIVO:   
IMPORTI:   
TICKET:   
BILICO DA CAMBIO:



*Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.*

Cognome

CODICINE E NUMERO DEGLI ADOSSATTOI DI NUMERAZIONE PRESCRITTO DALLA LEGGE



s 01049



y 1234567888



Nome

NUMERAZIONE PRESCRITTO DALLA LEGGE



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE



A A A A A A A A A A A A A A A A

CODICE FISCALE



NON ESENTE



CODICE ESENZIONE



REGGITO

(Valida per la firma autografa)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE



CODICE PROVVISORIA

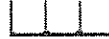


CODICE ASL

PEGFILGRASTIM 6MG 1sr

PRESCRIZIONE

(Dati da compilare se non utilizzati)



NOTA OES



PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE

Dott. Paolo Bianchi

09876M

*Paolo Bianchi*

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

2

NUMERO CONFEZIONI / PREPARAZIONI

TIPO DI RICETTA

1 3 1 1 2 4

DATA

CODICE NUMERO  
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO  
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO  
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO  
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO  
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO  
CODICE NUMERO

DATA SPEDIZIONE TIMBRO STRUTTURA PRESTANTE

NUMERO PROGRESSIVO

INFORMATI

ANET

CALEN SER CONAM 21/90



*MP TP G*

PROVA PRATICA N°3

RICETTA N° 1

Cognome \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O ANCHE) CHE PRESCRITTO DALLA LEGGE

Nome \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO (CHE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
 REGIONE PIEMONTE

AA A A A A A A A A A A A A A A A A

7 5

S H  
 U B D P

SIUGI RICHV ALTRG  
 PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE

2

1 3 1 1 2 4

NUMERO CONFEZIONI - PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

DATA

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTE

TICKET

SALDI DE CONTI ALTRG

Dott. Franco Rossi  
 01234  
*Fr. Rossi*

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPECIAZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE



RICETTA N° 2

Cognome \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O ANCHE) CHE PRESCRITTO DALLA LEGGE

Nome \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO (CHE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
 REGIONE PIEMONTE

AA A A A A A A A A A A A A A A A A

01032

1234567888

S H  
 U B D P

SIUGI RICHV ALTRG  
 PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE

2

1 3 1 1 2 4

NUMERO CONFEZIONI - PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

DATA

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTE

TICKET

SALDI DE CONTI ALTRG

Dott. Paolo Bianchi  
 09876M  
*Paolo Bianchi*

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPECIAZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

*Handwritten signatures and initials on the right side of the page.*



RICETTA N° 3

Cognome \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INDAI) OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE  
 Nome \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

s 01049  
 y 1234567888

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
 REGIONE PIEMONTE

CODICE FISCALE

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

**ENOXAPARINA 4.000UI 6SIR**

PRESCRIZIONE

(Selezionare un unico simbolo)

S: SOGG. H: RICOV. ○: ALTRO  
 U: B: D: P: PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE

Dott. Paolo Bianchi  
 09876M  
*Paolo Bianchi*  
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

---

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

---

NUMERO PROGRESSIVO  
 BIPORTI

TICKET

SALI: SUI. O.SAL. ALTRO

2

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI      TIPO DI RICETTA      DATA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>CODICE</small>	<small>NUMERO</small>	<small>CODICE</small>	<small>NUMERO</small>	<small>CODICE</small>	<small>NUMERO</small>	<small>CODICE</small>	<small>NUMERO</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>CODICE</small>	<small>NUMERO</small>	<small>CODICE</small>	<small>NUMERO</small>	<small>CODICE</small>	<small>NUMERO</small>	<small>CODICE</small>	<small>NUMERO</small>



*Handwritten signatures and initials:*

*PA*

*EA*

*AA*

*EE*



**PUBBLICO CONCORSO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO  
DI DIRIGENTE FARMACISTA DISCIPLINA: FARMACIA TERRITORIALE DA  
ASSEGNARE ALLA S.C. FARMACIA TERRITORIALE DELL'ASL NO**

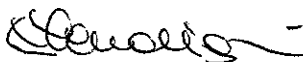
PROVA ORALE N. 1: La farmacia dei servizi

PROVA ORALE N. 2: Farmacovigilanza

PROVA ORALE N. 3: Controllo tecnico ai sensi DPR 371/98

IL PRESIDENTE

Dott.ssa Vighi Elena



I COMPONENTI

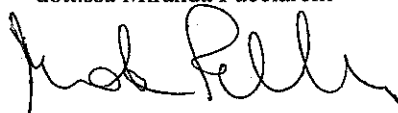
Dott.ssa Mero Paola

Dott.ssa D'Orsi Marialuisa



IL SEGRETARIO

dott.ssa Miranda Pucciarelli



Novara, 22/10/2024

