

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AL PPI PEDIATRICO ASP AGRIGENTO

Allegato A

A.S.P. 1 di Agrigento
U.O. Gestione Convenzione e Budget MMG e PLS
Viale della Vittoria 321 - 92100 Agrigento

Il/LA sottoscritt__ Dott/Dott.ssa _____ nat_____
a _____ il _____ residente a _____
CAP _____ Via _____, tel. _____
cell. _____, indirizzo PEC _____ (obbligatorio)

Medico pediatra di libera scelta nell'ambito territoriale di _____
e con n. di scelte pari a _____

Pediatra non titolare di convenzione con il SSR

Con riferimento a quanto previsto dalla norma finale 1 del vigente AIR (Decreto 29 giugno 2011) per la pediatria di libera scelta

CHIEDE

Di essere inserito nel PPI pediatrico del Distretto di _____

_____, lì _____

Firmato
