

# ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI ATTIVAZIONE PPI PEDIATRICO

**Allegato A**

A.S.P. 1 di Agrigento

'U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base  
Viale della Vittoria 321 - 92100 Agrigento

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nat. \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_, indirizzo di posta elettronica PEC  
\_\_\_\_\_

Medico pediatra di libera scelta nell'ambito territoriale di \_\_\_\_\_

e con n. di scelte pari a \_\_\_\_\_ e con cod. reg. \_\_\_\_\_

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 partecipare al progetto di attivazione dei PPI pediatrico del Distretto di

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firmato

\_\_\_\_\_