

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE
PER L'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 all' attivazione del PPI pediatrico del Distretto di _____

_____, li _____

Firmato
