

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AL PPI PEDIATRICO ASP AGRIGENTO

Allegato A

A.S.P. 1 di Agrigento
U.O.S. 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 __

_____, li__

Firmato

