

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___. nat___. 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

CHIEDE

Di essere inserito nel PPI pediatrico del Distretto di _____

_____, lì_____

Firmato
