REGIONE EMILIA ROMAGNA
Servizio Sanitario Nazionale
Azienda USL 109 Distretto ___

Accordo collettivo nazionale con i medici di
MEDICINA GENERALE E SPECIALISTI PEDIATRI

Mese |__|__| Anno |_____|

DISTINTA MENSILE

ACCESSI ex art. 53 ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA - INTEGRATA/PRESTAZIONI AGGIUNTIVE / VISITE OCCASIONALI

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSISTITO		SPECIFICA ATTIVITA' SVOLTA			ELENCAZIONE GIORNI										SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA
Cognome / nome	Numero della Tessera S.S.N.	Tipol. Acc. P/I/R/N	PRESTAZIONI AGGIUNTIVE												
			descrizione	codice											

Codice Regionale

Medico titolare |__|__|__|__|__|__|

Timbro e firma del medico

_____

Data _____