

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL MEDICO

(ART. 26 dpr 270/2000 – ART. 24 dpr 272/2000)

(da allegare per la scelta di Medico iscritto in elenco diverso da quello dell'ambito territoriale dell'assistito)

Spettabile
ASST

Il/La sottoscritto/a Dr. Dr.ssa _____

Codice regionale _____ che svolge la propria attività di Medico Convenzionato
con il Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito del Comune di

_____ Cap _____ Via _____

n. _____ Tel. _____

DICHIARA

di essere disponibile ad accogliere tra i propri assistiti le persone di seguito riportate e pertanto si impegna a garantire loro tutte le prestazioni professionali previste dai vigenti accordi, comprese le **visite domiciliari**, qualora necessarie:

1) _____

2) _____

3) _____

In fede

Data

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
