Q LL

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

RIPROPOSTA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA

Il sottoscritto Dr._____ _____ Codice Regionale_____
Medico di Medicina Generale presso il Comune di_____

RIPROPONE

l'Assistenza Domiciliare Programmata fino al 31/12/_____ per i pazienti di seguito elencati già in ADP secondo programma già in possesso della ASL:

N. ACCES

N°	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	INDIRIZZO

Per un totale di n° ___ pazienti
Si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenuta che possa modificare il programma di accessi convenuto.

Data_____ Firma del MMG

_____

Parte riservata alla ASL

Si autorizzano le ADP proposte fino al ___/___/_____

Data_____ Firma del Medico ASL

_____