

Allegato 2.1

DOMANDA DI ADESIONE DEL MEDICO SPECIALISTA IN PEDIATRA

- Pediatra di Libera Scelta convenzionato con il SSN;
- Pediatra in Graduatoria Regionale Unica;

Spettabile ASL

OGGETTO: Domanda di partecipazione riservata ai Pediatri di libera scelta per prestazioni da rendere presso _____ per la "Copertura Assistenziale Pediatrica" sabato, domenica, prefestivi e festivi

Il/la sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a data e luogo di nascita _____ provincia di _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ via _____

Recapito telefonico _____ Recapito cellulare _____

e-mail _____

- Medico di pediatria di libera scelta, Codice Regionale n.° _____

convenzionato a tempo indeterminato / determinato con la regione Lazio nella ASL _____

- Medico specialista in pediatria codice sistema TS n. _____

per:

- assistenza pediatrica

avendo preso visione dell'attività prevista per la "Copertura Assistenziale Pediatrica" sabato, domenica, festivi e prefestivi", dichiara di aderire al suddetto progetto, secondo le modalità stabilite, il

presidio ASL via

Data

firma