

**DOMANDA PER LA ADESIONE AD UCP**  
Riservata ai medici che non fanno parte di UCP

**MODELLO A**

ALLA DIREZIONE GENERALE  
DELLA ASL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO  
DELLA ASL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Recapito cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ codice regionale n. \_\_\_\_\_

**in qualità di referente della UCP già esistente con sede in Via .....Città**  
**..... Provincia ..... ASL .....Distretto.....**

già composta dal sottoscritto e dai seguenti medici

- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....

**DOMANDA PER LA ADESIONE AD UCP**  
Riservata ai medici che non fanno parte di UCP

**CHIEDE**

L'inserimento nella suddetta UCP del dottor \_\_\_\_\_ c.reg. \_\_\_\_\_  
convenzionato per l'assistenza primaria presso la ASL \_\_\_\_\_ distretto  
dal \_\_\_\_\_ e non appartenente a nessuna UCP .

A tal fine dichiara che la UCP risulterà composta dai seguenti medici , che firmano per accettazione :

- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....
- Dott./ Dott.ssa .....

Tale UCP osserverà nello studio di riferimento Orario continuato dalle 10 alle 19 con rotazioni interne tali da garantire la presenza di almeno un componente per le necessità assistenziali dei pazienti afferenti alla UCP

In caso di orario diverso specificare:

.....  
.....  
.....

data .....

Firma .....