

DOMANDA DI ADESIONE DEL MEDICO

MODELLO C

Spettabile ASL

OGGETTO: Domanda di partecipazione riservata a Medici di Medicina Generale per prestazioni da rendere presso _____ per il progetto "Copertura assistenziale 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 medicina generale, Codice Regionale n.° _____

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

- assistenza primaria
- continuità assistenziale
- medicina dei servizi

oppure:

- Iscritto nelle graduatorie regionali di settore della medicina generale e residente nella ASL _____ Distretto _____
- In possesso dell'Attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ e residente nella ASL _____ distretto _____

avendo preso visione del progetto denominato "Copertura assistenziale sabato domenica e festivi" proposto dalla Regione Lazio, compreso il trattamento economico previsto, dichiara di aderire al suddetto progetto, e si rende disponibile per effettuare n° __ ore settimanali,

Turno prescelto:

- ore __ dalle ore __ alle ore ____
- ore __ dalle ore __ alle ore ____

presso presidio ASL via _____

secondo le modalità stabilite nel progetto.

Data

Firma