Allegato B

Mese di _____ **Ammissioni** ***da inviare alla AUSL ciascun mese insieme alle presenze del MMG***

.

ASSISTITO						Medico di Medicina Generale		
Cognome	**Nome**	**Data nascita**	**Codice Fiscale**	**Autosuff=AS Non autosuff = NS**	**Data di Attivazione**	**Cognome**	**Nome**	**Codice Regionale**

Cessazioni (dimissioni-decessi)

ASSISTITO						Medico di Medicina Generale		
Cognome	**Nome**	**Data nascita**	**Codice Fiscale**	**Autosuff=AS Non autosuff = NS**	**Data di Cessazione**	**Cognome**	**Nome**	**Codice Regionale**