Allegato C

Azienda USL_____ Z. Distretto di _____

Struttura_____

Codice Regionale |__|__|__|__|__|__|__| **Dott. _____**

	Codice Fiscale Assistito	Cognome e Nome Assistito	Data
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Data_____

Firma e timbro MMG

_____

Firma del Responsabile della Struttura _____

Firma e timbro del Distretto

_____