Allegato A

Da inviare alla AUSL la prima volta alla attivazione della presente normativa ovvero tutti gli anni entro il mese di Gennaio.
Alla Azienda USL Zona Distretto di _____
Elenco degli Assistiti Ospiti della Struttura e relativi Medici di Medicina Generale.

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

*** Indicare con AS lo stato di Autosufficienza e con NS lo stato della non Autosufficienza così come determinato ai sensi della del.214/91**