

Fac simile domanda

0054742|05/06/2020

|ASL_FG|N_40|

-

Il sottoscritt dr _____ nato a _____
residente alla via _____ cognome _____ nome _____
, specialista in _____ intende prescrivere per le
branca e/ o equipollenza _____

Classi A, B, 2B del D. M. 332/99, come da DGR n. 1333 dell'11 febbraio 2020 pubblicata sul BURP n. 26 del 28/02/2020.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

gli estremi della profilazione in Edotto;

di aver adempiuto agli obblighi formativi (crediti ECM), e nello specifico deve dimostrare di aver partecipato ad almeno un evento formativo afferente all'assistenza protesica nell'ultimo anno;

di indicare le famiglie di codici afferenti alla specializzazione posseduta per le quali intende essere abilitato

Il sottoscritto dichiara infine di prestare servizio presso l'Unità Operativa, o le sedi ambulatoriali di
.....

Allega alla presente copia di valido documento di identità personale.

Foggia li _____

Il medico specialista

Per ogni informazione è possibile contattare il signor Marco Ianniciello n. telefonico 0881 884212 presso il Dipartimento di Medicina fisica e Riabilitazione. Della ASL FG.

