

Dichiaro che lo studio è dotato della seguente strumentazione informatica:

computer.....

Stampante.....

programma.....

collegamento internet.....

dichiaro inoltre i seguenti dati personali:

C.F.....

COD. ENPAM.....

CODICE REGIONALE.....

NUMERO ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI DI..... N°.....

ADESIONE ALL'ESECUZIONE DEI TEST ANTIGENICI

SI PRESSO IL MIO AMBULATORIO

SI PRESSO ALTRA SEDE

NO RIFIUTO

allego alla presente:

CODICE FISCALE

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI CON DATI RELATIVI ALLA LAUREA E ALL'ABILITAZIONE

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (ALLEGATO L)

MODULO COMUNICAZIONE COORDINATE BANCARIE

PLANIMETRIA CATASTALE DEI LOCALI ADIBITI AD AMBULATORIO

Distinti saluti

Data.....

Firma