**DOTT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MEDICO CHIRURGO**

**SPECIALISTA IN PEDIATRIA**

**CODICE REG. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Al Direttore Generale

Azienda USL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Responsabile aziendale per la Medicina convenzionata

Ufficio trattamento economico

Azienda USL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: GOVERNO CLINICO PLS -2016 D.C. 26 del 22 marzo 2016 – Adesione al Progetto**

**Il sottoscritto dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pediatra di l.s. convenzionato con Codesta Asl, con la presente dichiara di voler aderire al progetto vaccinazioni relativo al Governo Clinico per il 2016 e di essere dotato delle seguenti tecnologie:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **telefono fisso** | **Tel.Cellulare** | **Posta elettronica** | **Servizio SMS** | **software** | **App** |
|  |  |  |  |  |  |

Distinti saluti

Luogo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cod.reg. \_\_\_\_\_\_\_