

	<p align="center">ACCETTAZIONE DEL MEDICO DELLA STESSA FORMA ASSOCIATIVA</p> <p align="center">DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE, DISTRETTO PADOVA COLLI, DISTRETTO PADOVA PIOVESE, DISTRETTO ALTA PADOVANA, DISTRETTO PADOVA SUD UOS Servizi amministrativi distrettuali</p>	<p align="center">Codifica 03.22.00</p>	<p align="center">Rev.00 del 01/09/2022</p> <hr/> <p align="center">Pag. 1 di 1</p>
---	--	--	---

ACCETTAZIONE DEL MEDICO DELLA STESSA FORMA ASSOCIATIVA

Il sottoscritto Dr. _____, codice _____ dichiara la propria disponibilità ad accettare la scelta in suo favore che il sig. /sig.ra _____ intende effettuare per se' e per i propri familiari:

_____ nato il _____ CF _____

Data

Timbro e firma del medico