


| | | | |
|---|--|--|---|
|  | <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 PEDIATRA 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 il/i proprio/i figlio/i:

_____ nato il _____ CF _____

_____ nato il _____ CF _____

_____ nato il _____ CF _____

_____ nato il _____ CF _____

_____ nato il _____ CF _____

Data

Timbro e firma del medico