

**DELEGA AL RITIRO DEL RICETTARIO SSN  
REGIONE CALARIA Azienda Sanitaria Provinciale CATANZARO  
AI DISTRETTO SANITARIO DI BASE N.....**

Il sottoscritto **Dottor** (vedi tabella seguente)

CAMPO RIFERIMENTO	CAMPO DA COMPILARE			
Codice fiscale				
Cognome				
Nome				
Codice regionale (se assegnato) o codice iscrizione albo dei medici				
Tipo attività medico (*)	Tipo 1 = MMG	Tipo 2 = PLS	Tipo 3 = ST	Tipo 4= GM
Indirizzo residenza o domicilio				
Località				
Telefono				
Posta elettronica	.....@.....			

(\*) BARRARE CASELLA CORRISPONDENTE ATTIVITA' ISTITUZIONALE DICHIARATA DAL MEDICO

	Tipo 1 = MMG (medico di medicina generale)
	Tipo 2 = PLS (pediatra di libera scelta)
	Tipo 3 = ST (medico incaricato per sostituzione)
	Tipo 4= GM (continuità assistenziale / guardia medica con incarico a tempo indeterminato)

Delega al ritiro di N. \_\_\_\_\_ricettario/i (da 100 ricette cadauno) Il/la sig/ra COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

TIMBRO e FIRMA (autografa) MEDICO DELEGANTE \_\_\_\_\_

Data ritiro \_\_\_\_\_ FIRMA DELEGATO \_\_\_\_\_

**N.B. allegare fotocopia del documento di identità del medico delegante**

**SPAZIO AD USO DELL'UFFICIO**

Cura il ritiro il/la sig. \_\_\_\_\_

Identificato/a a mezzo del seguente documento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(luogo e data)

(firma dell'impiegato addetto)

- NB:  L'uso del ricettario è autorizzato nell'ambito dell'attività istituzionale.  La delega può essere accettata esclusivamente se il medico ha registrato precedentemente di persona i dati presso la sede del distretto di competenza.
- I campi in grassetto sono obbligatori. Il ricettario è strettamente personale. Alla consegna è obbligatorio verificare l'identità del delegato e annotare nome, cognome e documento d'identità.