

**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.