Modulo B bis
A cura del MMG

DISTRETTO DI _____ - U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
ASSISTENZA PROGRAMMATA AI PAZIENTI NON AMBULABILI
(*Ai sensi dell'allegato G, artt. 45-53-59, ACN 23 marzo 2005 ed integrativo 29 luglio 2009****)***

COMUNICAZIONI E/O VARIAZIONI

Medico:

Cognome	Nome	Cod. reg.

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Data …… *Timbro e Firma ……*