**DISTRETTO DI _____ - U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE**

**ASSISTENZA PROGRAMMATA AI PAZIENTI NON AMBULABILI IN CASA DI RIPOSO**

*(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 ……*