



**ASSISTENZA DOMICILIARE ADP-ADR**

DGR 359/2016 – Accordo integrativo aziendale 22/3/2016)

**FOGLIO FIRMA ASSISTITO**

Dott. \_\_\_\_\_

Mese e anno di riferimento \_\_\_\_\_

NUMERO	COGNOME NOME DELL'ASSISTITO	DATA DELL'ACCESSO	ORA DELL'ACCESSO	FIRMA DELL'ASSISTITO

data, \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

*Il presente prospetto di liquidazione dovrà pervenire - entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento - all'Ufficio Convenzioni Uniche Nazionali - Direzione Area Territoriale - fax 0165-544565 o email: [Convenzioninazionali@ausl.vda.it](mailto:Convenzioninazionali@ausl.vda.it)*