AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE VALLE D'AOSTA

11100 AOSTA - VIA GUIDO REY, 1
tel. 0165/544454-540 - fax. 0165/544565

MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE	mese e anno di riferimento _____/_____

DOTT._____ Codice medico_____

BILANCI DI SALUTE

(art. 3 Accordo Regionale n. 1241/2017)

dal 7° al 40° giorno della nascita	dai 28 ai 32 mesi compiuti
dal 31° al 90° giorno della nascita	dai 3 ai 4 anni compiuti
dai 4 ai 5 mesi compiuti	dai 5 ai 6 anni compiuti
dai 6 agli 8 mesi compiuti	dai 9 ai 10 anni compiuti
dai 10 ai 12 mesi compiuti	dai 12 ai 14 anni compiuti
dai 14 ai 18 mesi compiuti	
	cod. prestazione 00162

NOMINATIVO DELL'ASSSISTITO	CODICE FISCALE	FASCIA DI ETA' di cui all'art. 3 dell'Accordo Regionale 1241/2017

data, _____

_____
firma del medico pediatra

N.B. La presente distinta deve essere inviata entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento all'Ufficio CONVENZIONI NAZIONALI UNICHE - Direzione Area Territoriale -