

Art. 4 -punti a) e b)- Valorizzazione delle UCP-S

ALLA DIREZIONE GENERALE
DELLA ASL _____

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO
DELLA ASL _____

OGGETTO: Domanda di "TRASFORMAZIONE" UCP-S (punti a) e b) dall'art. 4 dell'Accordo del 3/10/2014 (DCA U00376/2014)

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a data e luogo di nascita _____ provincia di _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ via _____

Recapito telefonico _____ Recapito cellulare _____

e-mail _____ codice regionale n. _____

Referente della UCP S composta dai seguenti medici :

(cognome) _____ (nome) _____ cod.reg. _____

(cognome) _____ (nome) _____ cod.reg. _____

(cognome) _____ (nome) _____ cod.reg. _____

(cognome) _____ (nome) _____ cod.reg. _____

(cognome) _____ (nome) _____ cod.reg. _____

(cognome) _____ (nome) _____ cod.reg. _____

(cognome) _____ (nome) _____ cod.reg. _____

avendo preso visione dell'accordo "Per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e la medicina d'iniziativa) del 3/10/2014 art. 4 "Valorizzazione delle UCP-S", dichiara che i componenti della suddetta UCPS intendono aderire secondo le modalità di seguito riportate:

- ingresso per attività UCP a sede unica nella Casa della Salute di _____,
- costituzione di UCP a sede unica presso la sede ASL di _____

Mantenendo, ai sensi dell'Accordo in oggetto, le attuali indennità previste per l'attività UCP S.

Data

firma

Referente _____

Componente _____

Componente _____

Componente _____

Componente _____

Componente _____

NOTE _____

Firma