

**DELEGA AL RITIRO DEL RICETTARIO SSN
REGIONE CALARIA Azienda Sanitaria Provinciale CATANZARO
AI DISTRETTO SANITARIO DI BASE N.....**

Il **sottoscritto Dottor** (vedi tabella seguente)

CAMPO RIFERIMENTO	CAMPO DA COMPILARE
Codice fiscale	
Cognome	
Nome	
Codice regionale (se assegnato) o codice iscrizione albo dei medici	
Tipo attività medico (*)	
Indirizzo residenza o domicilio	
Località	
Telefono	
Posta elettronica@.....

(*) **BARRARE CASELLA CORRISPONDENTE ATTIVITA' ISTITUZIONALE DICHIARATA DAL MEDICO**

	Tipo 1 = MMG (medico di medicina generale)
	Tipo 2 = PLS (pediatra di libera scelta)
	Tipo 3 = OSP (medico strutturato ospedaliero o dei servizi territoriali)
	Tipo 4 = GT (guardia turistica)
	Tipo 5 = GM (continuità assistenziale / guardia medica)
	Tipo 6 = CS (casa circondariale)
	Tipo 7 = SUMAI (specialista convenzionato SUMAI)
	Tipo 8 = ALTRO (specialista altre convenzioni, specificare quali)
	Tipo 9= ST (medico incaricato per sostituzione)

Delega al ritiro di N. _____ ricettario/i (da 100 ricette cadauno) Il/la sig/ra **COGNOME** _____

NOME _____ **Data** _____

TIMBRO e FIRMA(autografa) **MEDICO DELEGANTE** _____

Data ritiro _____ **FIRMA DELEGATO** _____

N.B. allegare fotocopia del documento di identità del medico delegante

SPAZIO AD USO DELL'UFFICIO

Cura il ritiro il/la sig. _____

Identificato/a a mezzo del seguente documento: _____

(luogo e data)

(firma dell'impiegato addetto)

NB: L'uso del ricettario è autorizzato nell'ambito dell'attività istituzionale. La delega può essere accettata esclusivamente se il medico ha registrato precedentemente di persona i dati presso la sede del distretto di competenza. I campi in grassetto sono obbligatori. Il ricettario è strettamente personale. Alla consegna è obbligatorio verificare l'identità del delegato e annotare nome, cognome e documento d'identità.