

Richiesta rinnovo ADP*

CARTA INTESTATA MMG

Luogo _____ data _____

Si richiede il rinnovo degli accessi ADP per

Codice Fiscale _____

Già inserito nel programma di Assistenza Domiciliare nel rispetto di quanto previsto dall'allegato 8 dell'ACN vigente G.U. del 17/05/2022. Gli accessi del sottoscritto medico di famiglia saranno **mensili/quindicinali/settimanali.**

TIMBRO E FIRMA

***N.B. eventuali variazioni anagrafiche e della patologia dovranno essere comunicate**