



## GESTIONE AMMINISTRATIVA CC.UU.NN.

ZONA \_\_\_\_\_

### DISTINTA DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

**MESE**

**ANNO**

Data	Assistito		Cod fiscale assistito	Prestazione Effettuata	Parte ris.alla A USL
	Cognome	Nome			

**N.B. compilare in stampatello ed inviare entro il 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni**

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro Medico U.F. Cure Primarie

Codice regionale MMG:

Firma e timbro MMG