

**ASZ con RTE/PLS**

**Al Comitato Aziendale ex Art.23 ACN 15/12/05 s.m.i.**

**ASL n..... di .....**

**Al Comitato Regionale PLS ex Art.24 ACN 15/12/05 s.m.i  
Assessorato Sanità Regione Piemonte**

**C.so Reg. Margherita 153/Bis – 10122 – TORINO**

Il sottoscritto medico pediatra di libera scelta Dott. ....  
con n. di assistiti in carico ..... già riunito in forma associativa denominata Associazione  
con i seguenti studi medici:

Cognome e Nome PLS	Assistiti in carico	e-mail
1).....	.....	.....
2).....	.....	.....
3).....	.....	.....
4).....	.....	.....
5).....	.....	.....
6).....	.....	.....
7).....	.....	.....
8).....	.....	.....
9).....	.....	.....
10).....	.....	.....

chiede

ai sensi dell'All.3 della D.G.R. n° 20-5960 del 17 giugno 2013 e s.m.i. di variare la forma  
associativa in medicina in rete con conseguente attivazione della **Rete** con gli studi medici di  
seguito indicati:

Cognome e Nome PLS	Assistiti in carico	e-mail
1).....	.....	.....
2).....	.....	.....
3).....	.....	.....
4).....	.....	.....

- 5).....
- 6).....
- 7).....
- 8).....
- 9).....
- 10).....

Luogo e data \_\_\_\_\_

firma del dichiarante \_\_\_\_\_  
(non richiede autentica)

Il medico pediatra della forma associativa a cui inviare le comunicazioni di merito è il seguente:

Dr..... ASL di competenza n..... di .....

Via .....

Città ..... Prov..... Cap.....

Indirizzo e-mail .....

**\*La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità via fax, a mezzo posta ordinaria o elettronica o tramite un incaricato (art. 38 D.P.R. 445/2000).**

**INFORMATIVA AI SENSI del D Lgs 196/2003 (PRIVACY): I dati contenuti nella presente dichiarazione sono previsti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento amministrativo e verranno utilizzati esclusivamente allo scopo per il quale essi sono richiesti.**