

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

Il sottoscritto Dottor

Codice fiscale	
Cognome	
Nome	
Codice regionale o di iscrizione albo dei medici	
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 = ST (medico incaricato per sostituzione)
☐	Tipo 4= GM (continuità assistenziale / guardia medica con incarico a tempo indeterminato)

Delega al ritiro di N. _____ ricettario/i (da 100 ricette cadauno)

Il/la sig/ra COGNOME _____ NOME _____

TIMBRO e FIRMA (autografa) del MEDICO DELEGANTE

Data _____

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./ra	
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.

Il ricettario è strettamente personale.

I campi in grassetto sono obbligatori.

Alla consegna è obbligatorio verificare l'identità del delegato e annotare nome, cognome e documento d'identità.