



Richiesta uso ambulatorio pubblico

Spett.le
AZIENDA U.S.L. TOSCANA CENTRO
SOC Organizzazione medicina a ciclo di fiducia
Sede territoriale di _____

Il/La sottoscritt_ dott. _____
in corso di iscrizione/iscritto negli elenchi dei medici di Medicina Generale per l'attività di
Assistenza Primaria nell'ambito _____

C H I E D E

l'uso dell'ambulatorio pubblico di Codesta Azienda U.S.L. Toscana Centro situato in
_____ Via _____ n. ____
per svolgervi l'attività convenzionata secondo il seguente orario settimanale:

_____, li _____

Firma
