

**All. n. 4**

**Richiesta rinnovo ADP\***

**CARTA INTESTATA MMG**

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

Si chiede il rinnovo annuale 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