

Il dott. \_\_\_\_\_ C. R. M. \_\_\_\_\_  
iscritto negli elenchi dei MMG/PLS dal: \_\_\_\_\_ n. assistiti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

altre attività svolte \_\_\_\_\_

utilizza cartella clinica informatizzata: si no

utilizza cartella clinica orientata per problemi: si no

ore attività settimanali: \_\_\_\_\_

riceve:

per appuntamento: si no

accesso libero: si no

accesso misto: si no

Collaboratori di studio: segretario/a  infermiere/a  altro

Lo studio medico è, fornito di:

frigorifero e relativo controllo della temperatura: si no

idoneo spazio per la conservazione dei campioni per sperimentazione clinica (fisicamente separato dai  
campioni gratuiti e ad una temperatura <25°C durante tutto l'anno): si no

maschera di Ambu: si no

zona medicazioni:

altro: \_\_\_\_\_

**fa parte di una delle seguenti forme associative previste dall'ACN-DPR 270/2000:**

medicina associata  medicina di gruppo  medicina in rete

***Allegare curriculum Vitae, specificando in particolare:***

**1. Altri titoli professionali:**

diplomi di specializzazione in \_\_\_\_\_

conseguiti presso \_\_\_\_\_

**2. Pubblicazioni**

**3. Partecipazione a Congressi** (specificando in caso di partecipazione attiva)

**4. Partecipazione ad attività di formazione**

**5. Partecipazione ad attività di ricerca**

**6. Altro**

Data

Firma