

Allegato A

Al Direttore Generale
 AUSL
 Sede

Oggetto: comunicazione di trasformazione della forma associativa
 in super rete/super gruppo.

I sottoscritti

- dott
- dott
- dott
- dott

componenti la forma associativa
 con sede nel Comune di
 comunicano di aver deliberato in data
 la trasformazione della suddetta associazione nella forma associativa super
 rete/super gruppo.

Pertanto, dichiarano:

1. di aver adeguato a 10 ore l'orario giornaliero di attività ambulatoriale,
 articolato in maniera coordinata tra i medici aderenti .
2. di impegnarsi a organizzare ambulatori dedicati per le seguenti patologie:
 - a. sindrome metabolica;
 - b.
 - c.
 - d.
3. di aderire a tutti i progetti regionali approvati dal CPR;
4. *per la forma super gruppo*: di operare esclusivamente in sede unica.

Comunicano, inoltre, di aver inviato la comunicazione all'azienda per la
 costituzione della medicina in rete/ medicina in gruppo in data

.....; e che il numero di assistiti in carico ai singoli medici aderenti alla forma associativa è il seguente:

- dott. cittadini in carico iscritti negli elenchi
- dott. cittadini in carico iscritti negli elenchi
- dott. cittadini in carico iscritti negli elenchi
- dott. cittadini in carico iscritti negli elenchi
- dott. cittadini in carico iscritti negli elenchi

Cordiali saluti.

Data

Firma