

Sottoscrizione lettera di diffida alle ASL per applicazione dell'Art. 59, lettera a) co. 2, 3, 4 e 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale del 23.3.2005, per accettazione e conferma

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

