

Spett.le

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA - A.S.M.  
U. O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE  
S.S. ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA PRIMARIA MMG, PLS, CA  
VIA MONTECAGLIOSO  
75100 MATERA

PROTOCOLLO \_\_\_\_\_

MATERA, \_\_\_\_\_

OGGETTO: trasmissione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, convenzionato per la  
\_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

trasmette in allegato la seguente documentazione:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Distinti saluti.

IN FEDE