

DETTAGLI PRATICA

Numero Pratica:

Stato Pratica:

Tipologia richiesta:

Rchiesta in carico a:

Richiesta di assistenza
sanitaria fino al:

DATI PRESENTI IN AURA

DATI DELEGATO

Nome medico:

Nome delegato:

Cognome medico:

Cognome delegato:

Residenza in Aura:

Codice fiscale

Domicilio in Aura:

ASL domicilio in Aura

DATI RICHIEDENTE

ASL iscrizione in Aura

Nome:

Tipologia profilo

Cognome:

Data iscrizione ASL

Codice Fiscale:

Data fine iscrizione

Luogo nascita:

Data nascita:

DATI MEDICO EXTRA-REGIONE

Età:

Nome medico

Cittadinanza:

Cognome medico

Residenza dichiarata:

Regione:

Domicilio dichiarato:

Azienda Sanitaria;

ASL Residenza

ASL Domicilio

MOTIVAZIONI

Distretto domicilio
dichiarato:

Motivo del soggiorno in
Italia:

Ambito domicilio
dichiarato:

Motivo del domicilio in
Piemonte

LAVORO

LAVORO SUBORDINATO

Tipo lavoro:

Ditta o datore di lavoro:

LAVORO AUTONOMO

Nr. telefono datore di

Professione:

Comune:

Partitia IVA:

Provincia:

Numero iscrizione all'

Indirizzo:

Civico:

STUDIO

Data Fine Contratto:

Nome

Comune istituto:

ALLEGATI

Provincia istituto:

Tipo: a\nNome:b\nNome:c\nTipo:d\nNome:f

Indirizzo istituto:

Civico istituto:

Data fine iscrizione:

RICONGIUNGIMENTO

Nome familiare:

Cognome familiare:

Codice Fiscale

Grado di parentela:

Medico familiare:

ACCETTAZIONE RICHIESTA

Tipologia profilo:

Assistenza da:

Assistenza a:

Medico generico:

Deroga pediatra:

Deroga territoriale:

Deroga associazione:

Deroga massimale:

Deroga massimale

Ricongiungimento

Il medico è stato
revocato:

DATI MEDICO RICHIESTO

Nome:

Cognome:

Tipologia:

ASL:

Distretto:

Ambito:

Richiesto fino al:

Autolimitato:

Massimale:

Massimale in deroga:

Massimale temporanei:

Massimale riservato

Assistiti netti:

Assistiti netti 0-6:

Assistiti lordi:

Disponibilità piena:

Disponibilità per
Ricongiungimento:

Disponibilità

Disponibilità 0-6: