

**A Centro Tecnico per l'Identità Digitale**  
**c/o Umbria Digitale S.c. a r.l.**  
**Fax 075-5027281**

**Oggetto:** Richiesta di abilitazione del medico sostituto

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
in qualità di MMG/PLS con codice regionale \_\_\_\_\_ e codice fiscale  
\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ e-mail  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di assegnare al seguente medico, già registrato sul sistema FED-Umbria, il ruolo di medico sostituto.

**Di seguito si riportano i dati di registrazione a FED-Umbria del medico sostituto:**

<b>MEDICO SOSTITUTO</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>COGNOME</b>	
<b>NOME</b>	

Timbro e firma del richiedente

\_\_\_\_\_