

A Centro Tecnico per l'Identità Digitale

c/o Umbria Digitale S.c. a r.l.

Fax 075-5027281

Email: sostituzionemedici@umbriadigitale.it

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, l'incarico di medico sostituto.

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

MEDICO SOSTITUTO	
CODICE FISCALE	
COGNOME	
NOME	

Timbro e firma del richiedente
