

MODELLO CERTIFICAZIONE ASL NAPOLI 1

(da compilare a cura dell'ASL competente per i soli medici che hanno pazienti all'interno della ZTL)



Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____
dell'ASL Napoli 1 _____ DSB n. _____

Vista la richiesta del dott./dott.ssa _____

Appartenente alla seguente categoria professionale:

- ☐ Medici di Medicina Generale;
- ☐ Pediatra di Libera Scelta;
- ☐ Medico di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica);

convenzionato con la ASL _____, Distretto Sanitario di base n° _____,
con codice Regionale n° _____, con studio professionale
situato in Napoli, Via/Piazza _____ n. _____

CERTIFICA CHE

il/la dott./dott.ssa _____

Nata/o a _____ Prov. _____

il _____ Codice fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

ha tra i propri assistiti alcuni pazienti residenti nell'area della **ZTL** _____ e necessita
pertanto di effettuare regolari visite domiciliari, come previste dall'**A.C.N. – Accordo Collettivo Nazionale**,
nell'esercizio delle funzioni di Pubblico Ufficiale del Servizio Sanitario Nazionale per attività di Sanità Pubblica;

- che il veicolo utilizzato per le visite per le visite domiciliari è il seguente:

☐ Autovettura; ☐ Motociclo; ☐ Ciclomotore;

Marca _____ modello _____

targa _____

Luogo e data _____ Firma e Timbro dell'ASL _____