

All'Assessore alle Mobilità e Infrastrutture
On. Anna Donati
Napoli

OGGETTO: CERTIFICAZIONE ASL _____

Vista la richiesta del dott. _____

Appartenente alla seguente categoria, con pazienti residenti nel perimetro della ZTL _____:

☐ medici di Famiglia;

☐ pediatri di libera scelta;

☐ medici di Medicina Generale di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica);

convenzionato con la ASL _____, Distretto Sanitario di base n° _____,

con codice Regionale n° _____, con studio sito in Napoli,

via _____

SI CERTIFICA CHE

La/il dott.ssa/dott. _____		
Nata/o a _____	Prov. _____	il _____
Codice fiscale _____		
Residente a _____		Prov. _____
Via/piazza _____		

- ha, tra i suoi assistiti, pazienti che risiedono nell'area della ZTL _____ e che ha necessità di svolgere visite domiciliari previste dall'ACN (Accordo Collettivo Nazionale) e in qualità di Pubblico Ufficiale del Servizio Sanitario Nazionale, limitatamente alle funzioni di Sanità Pubblica;
- che il veicolo che sarà utilizzato per le visite ai suddetti pazienti è (auto-moto-ciclo) modello _____ targa _____.

Luogo e data _____

Firma e Timbro dell'ASL _____