



Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
STRUTTURA COMPLESSA CURE PRIMARIE
Viale Virginia Centurione Bracelli 1/3
16142 Genova

MODULO RILEVAZIONE DATI

θ MEDICO di MEDICINA GENERALE - θ SPECIALISTA PEDIATRA

Da compilarsi in stampatello

Il sottoscritto Dr. _____
cognome nome _____ sesso _____

N. codice regionale _____

nato/a _____
data - luogo - provincia

residente: _____
C.A.P. - comune - indirizzo - numero civico

N. telefonici: _____

E-mail: _____

N. Codice Fiscale: _____ Partita IVA: _____

Codice ENPAM: _____ data laurea: _____ - voto laurea: _____

N. iscr. Albo: _____ data iscr. Albo _____ - data spec/ne: _____
(solo per specialisti pediatri)

tipo di pagamento: _____ **BONIFICO BANCARIO** _____

Banca: _____
denominazione - agenzia - indirizzo

CODICE IBAN																							
Paese		Check		CIN		ABI					CAB					NUMERO DI CONTO CORRENTE							

Firma e timbro del medico

Genova, _____.