

Regione Puglia

ASL FG

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

(Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)

C.F. e P. IVA: 03499370710

ATTESTATO DI ELEGGIBILITA' SANITARIA PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Si certifica che il/la Sig./sig.ra _____

nato a _____ il _____ e residente a

_____, Codice Fiscale _____,

verificata la documentazione sanitaria portata in visione e/o la documentazione già esistente
agli atti del distretto, si trova nelle condizioni di **eleggibilità sanitaria**.

Tale attestazione è valida per un singolo piano terapeutico prescritto dallo specialista.

luogo e data:

il Referente Aziendale

(firma e timbro)