Regione Emilia Romagna Accordo Regionale Delibera di G.R. del 19 gennaio 2009 n. 17

Servizio Sanitario Nazionale

RIEPILOGO 1° VISITA (entro la 1° settimana di vita del bambino)

Azienda USL di Piacenza Distretto di _____ MESE _____ ANNO _____

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSISTITO **(da compilare in ogni sua parte)**				data della prestazione	NOTE
COGNOME/NOME	Sesso M/F	n. Tessera SSN	DATA DI NASCITA		

Data_____ Timbro e firma del Medico _____