Azienda Sanitaria Locale di Potenza
(A.S.P.)

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

Distinta Mensile degli accessi ADI effettuati dai Medici di Medicina Generale

Mese:_______________ **Anno** _________

N.	Cognome e nome assistito	N. iscrizione	Residenza	Descrizione prestazione	N. a	Importo €	Note
				Totali			

DATA___________

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

____

IL MEDICO RESPONSABILE ADI

____