**CARTA INTESTATA STRUTTURA RICHIEDENTE**

Spett.le AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE

c.a. SS Vigilanza Autorizzativa Extra-Farmaceutica

PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

E p.c. Al Dott./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(MEDICO SPECIALISTA)

OGGETTO: **Richiesta di cancellazione dall’elenco dei medici specialisti prescrittori della ATS della Città Metropolitana di Milano.**

**PRESCRIZIONI CON PORTALE ASSISTANT-RL (MODALITA’ ON-LINE).**

Si chiede la cancellazione dall’elenco dei medici specialisti prescrittori ON LINE della ATS della Città Metropolitana di Milano del:

Dott./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ specialista in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cognome nome)

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Struttura Sanitaria (Presidio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NUMERO SERIALE CARTA SISS (inserire serie numerica riportata sulla Carta)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CODICE PRESIDIO SISS**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MOTIVAZIONE:

 trasferimento presso altro ente (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(specificare)

 collocamento a riposo

 decesso

 altro (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

RECAPITO TELEFONICO per richieste integrazioni alla presente istanza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Restando in attesa di cortese riscontro, si porgono cordiali saluti.

Il Direttore Sanitario/di Presidio

(timbro e firma)

*NOMINATIVO DIRETTORE IN STAMPATELLO*

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_