

**All'ASL della Provincia di Lodi**  
 Servizio.....\*

Io sottoscritto MMG Dott./Dott.ssa.....

**DICHIARO**

che nel mese di.....dell'anno.....ho effettuato per i pazienti in **Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.): Voucher Socio Sanitario e Alta Complessità/Cure Palliative** i seguenti accessi domiciliari:

Cognome e nome	Numero accessi: Voucher/credit	Numero accessi: Alta Compless. /Cure Pall.	Data accessi
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

Data.....

Dr. ....  
(timbro e firma)

**Il presente modulo è da consegnare entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui gli accessi sono stati effettuati .**

(Riservato all'ASL)

Sulla base del programma assistenziale presentato, si convalidano n.....accessi

Data.....

Il medico Responsabile.....

\*Modulo da trasmettere al Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale, da parte del Servizio competente