

AL DIRETTORE SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE  
 ASP DI RAGUSA  
 VIA DANTE N. 112  
 97100 RAGUSA  
 Fax 0932.234.816/808  
 Mail: [francesco.cassarino@asp.rg.it](mailto:francesco.cassarino@asp.rg.it)

Il/la sottoscritt... dott./dott.ssa .....  
 nat.... a ..... (prov. ....) il .....  
 c. f. ....  
 in riscontro alla nota prot. n. .... del .....  
 comunica:

- che ha aperto nell'ambito territoriale carente assegnatogli uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 36 dell'ACN MMG vigente sito in ..... , via ..... , i cui orari di apertura saranno i seguenti:

LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI
dalle ore .....	dalle ore .....	dalle ore .....	dalle ore .....	dalle ore .....
alle ore .....	alle ore .....	alle ore .....	alle ore .....	alle ore .....
dalle ore .....	dalle ore .....	dalle ore .....	dalle ore .....	dalle ore .....
alle ore .....	alle ore .....	alle ore .....	alle ore .....	alle ore .....

Recapiti telefonici ..... Cell. ....

**E-mail:** \_\_\_\_\_

- di essere residente nel comune di ..... ( prov. .... )  
 via .....
- di eleggere il proprio domicilio nel comune di .....( prov. .... )  
 via .....
- di essere iscritto all'Ordine professionale provinciale di .....

.....

Firma

.....