

FAC SIMILE DICHIARAZIONE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Spett.le  
ASL  
Via  
Sede

**Dichiarazione dell'assistito**

Il sottoscritto ..... nato a .....  
il..... Codice regionale.....CF.....  
residente in..... via .....  
Dichiara di essere stato assistito dal Dott..... Codice Regionale .....  
dal ..... al .....

Data li.....

In fede

**Dichiarazione del medico**

Il sottoscritto Dott..... nato a .....  
il..... Codice regionale.....CF..... residente  
in..... via .....  
Dichiara di aver assistito .....Codice Regionale ..... dal  
..... al .....

Data li.....

In fede

.....