ALLEGATO *1*

MODULO SANITARIO REGIONE/PA.....

Anno:_____ Mese:_____

Nome del referente del Modulo Sanitario:

_____

Recapito telefonico h 24 del referente del Modulo Sanitario:

_____

_____

_____

_____

Disponibilità di struttura sanitaria campale: **SI** **NO**

Causa dell'indisponibilità e durata:_____

_____

_____

_____

_____

Tipologia della struttura campale disponibile:

PMA 1° liv. Numero disponibile:

PMA 2° liv. Numero disponibile:

UMMC Numero disponibile:

Ospedale da Campo Numero disponibile:

Luogo:_____Data:_____

Il referente

11A14018