



Prot. N.

Matera, _____

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Dichiarazione di idoneità dello studio al collegamento in rete con l'Azienda

**AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE
MATERA**

Dr. _____

A completamento della documentazione allegata, in riferimento alla richiesta in oggetto, lo scrivente dichiara di accettare le condizioni previste dal D.L. 13.09.2012 n.158 convertito con legge n.189 dell'8.11.2012, per l'esercizio della Libera Professione Intramoenia c/o studio privato, comunicando che lo studio è dotato di quanto necessario al collegamento in rete con l'azienda.

Distinti saluti.
