

Codice Associazione \_\_\_\_\_

Al Direttore del Distretto di \_\_\_\_\_

E, p.c. Al Coordinamento Area Territoriale Trapani

**COMUNICAZIONE DI COSTITUZIONE/VARIAZIONE DI ASSOCIAZIONE**

Il sottoscritto dott. /ssa \_\_\_\_\_ cod. reg. \_\_\_\_\_  
convenzionato per l'ambito territoriale/distretto di \_\_\_\_\_  
nella qualità di referente dell'associazione di

GRUPPO COMPLESSO    GRUPPO    MISTA    RETE    ASSOCIAZIONE SEMPLICE

cui l'atto costitutivo è stato protocollato presso:

<b>Ordine dei Medici di TRAPANI</b>	<b>N°</b>	<b>Data</b>
-------------------------------------	-----------	-------------

comunica che in data \_\_\_\_\_ l'associazione è stata costituita/variazione:

<b>(SOLO IN CASO DI VARIAZIONE DELL'ASSOCIAZIONE)</b>					
<b>ELENCO MEDICI Inseriti e/o Receduti</b>					
<b>C.R.</b>	<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>	<b>Prot. O.M.</b>	<b>Data</b>	<b>A. Inserimento B. Recesso</b>
					A. <input type="checkbox"/> B. <input type="checkbox"/>
					A. <input type="checkbox"/> B. <input type="checkbox"/>
					A. <input type="checkbox"/> B. <input type="checkbox"/>

Così come risulta dal Prot. Dell'Ordine dei Medici di Trapani riportati nella tabella.

Pertanto l'associazione risulta essere così composta:

<b>ELENCO MEDICI (compreso il referente)</b>				
<b>C.R.</b>	<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>	<b>Prot. O.M.</b>	<b>Data</b>

Si allega:

- 1) copia della costituzione/variazione dell'atto costitutivo protocollato all'O.M.;
- 2) elenco dei componenti dell'associazione con riferimenti dello studio (ubicazione, telefono, orario dedicato all'attività di associazione).

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_