ALLEGATO A6

|  |
| --- |
| **Aggiornamento Attività IF-DM/IVD** **al** **31/12** **(da** **trasmettere** **entro** **il** **31/01)** |
| **Denominazione** **Azienda** | **Codice** **identificativo** **AZIENDA** | **Cognome** **e** **Nome** **IMS** | **Ambito** **territoriale** **di** **attività** **(Provincie,** **Aziende** **ULSS,** **AO,** **IRCCS)** |  **Area** **Tematica** **di** **interesse** | **Destinatari** **informazione** **(medico,** **farmacista,** **altro/specificare)** | **Tipologia** **del** **rapporto** **di****lavoro con l’Azienda** | **Inizio** **attività** **presso** **l'Azienda** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |