

**AMBITI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2020 (ALL. A)**

**GRADUATORIA PROVVISORIA REISCRIZIONE**

<b>Nr.</b>	<b>NOMINATIVO</b>	<b>DATA</b>	<b>REISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI</b>	<b>PERIODO</b>	<b>MESI</b>
				<b>CONVENZIONE</b>	

NON E' STATA PRESENTATA ALCUNA DOMANDA