

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

GRADUATORIA DEFINITIVA REISCRIZIONE

Nr.	NOMINATIVO	DATA	REISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI	PERIODO CONVENZIONE	MESI
------------	-------------------	-------------	--	--------------------------------	-------------

NON E' STATA PRESENTATA ALCUNA DOMANDA