

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA
PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Matr. _____ Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____, residente in _____

Via _____ C.F. _____

in servizio in qualità di _____ Disciplina _____

presso _____ U.O. _____

con rapporto di lavoro esclusivo a tempo indeterminato determinato

chiede di essere autorizzato ad esercitare Attività Libero Professionale nella disciplina di:

a) nelle sedi:

b) nei giorni e negli orari di seguito indicati:

<u>Giorni</u>	<u>Orario</u>
_____	dalle ore ____ alle ore ____
_____	dalle ore ____ alle ore ____
_____	dalle ore ____ alle ore ____

c) con l'utilizzo della seguente dotazione strumentale: _____

d) con il supporto di personale dei seguenti profili : _____
(da individuare tra quelli che avranno rappresentato la propria disponibilità)

e) per le prestazioni, le tariffe ed i tempi di effettuazione sotto indicati:

Codice Prestazione	Prestazione	Tariffa	Intervallo

✕ ✕ ✕ ✕ ✕ ✕

Data _____

FIRMA

Il Responsabile _____ effettuate le
dovute verifiche in ordine alle prestazioni, agli spazi ed orari richiesti

Esprime parere FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE

Data

Firma _____