

**Al** **Direttore/Responsabile**  
**Presidio Ospedaliero / Distretto Sanitario / Sede Distaccata**  
**di** \_\_\_\_\_

Oggetto: nulla osta all'esercizio della libera professione intramuraria

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Dirigente in servizio presso la U.O. di \_\_\_\_\_

ubicata presso la sede del Presidio/Distretto/o distaccata di \_\_\_\_\_

sita in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter avviare la propria attività libero-professionale intramuraria in spazio idoneo presente nella sede di servizio nei seguenti giorni e fasce orarie:

\_\_\_\_\_

CHIEDE

Altresì di poter utilizzare la seguente strumentazione:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In caso di indisponibilità di spazio idoneo e/o strumentazione

CHIEDE

nulla osta alla presentazione, al competente ufficio, della richiesta di autorizzazione per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria presso studi privati.

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA**

**VISTA** la richiesta sopra riportata presentata dal Dott. \_\_\_\_\_

Si rilascia **NULLA OSTA** per lo svolgimento dell'attività presso:

STANZA N. \_\_\_\_\_ DELLA SEDE SITA IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

STUDI/SPAZI PRIVATI per indisponibilità e/o inidoneità spazi e/o strumentazione

Data \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

\_\_\_\_\_