

Alla Direzione
del Presidio/Distretto
di _____

OGGETTO: *effettuazione visite domiciliari in regime di attività libero-professionale intramuraria*

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott. _____

matr. _____ Dirigente _____ in servizio presso

_____ del Presidio Ospedaliero/Distretto di _____

DICHIARA

di avere effettuato in data _____ visita domiciliare non prenotata dal richiedente, ai sensi dell'art. 7, comma 3, del Regolamento Aziendale per l'Attività libero-professionale intramuraria.

Di seguito si indicano i dati del paziente che ha ricevuto la prestazione ed il cui pagamento è stato effettuato utilizzando/NON utilizzando il POS aziendale.

Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente nel Comune di _____

Via _____

Codice Fiscale n. _____

Indirizzo e-mail _____

Data _____

IL PROFESSIONISTA
