

**Prospetto B** (da compilare solo per attività svolta presso le strutture aziendali e con l'ausilio di personale di supporto)

	A	B	C	D	E
N° Gruppo	TIPOLOGIA PRESTAZIONI (CTP)	Numero Prestazioni effettuate	IMPORTO per gruppo	% per il personale di supporto (solo sanitari/tecnici)	IMPORTO per personale supporto (solo sanitari/tecnici) [C x D]
1	visita semplice			13,00%	
2	visita con supporto strumentale/chirurgia ambulatoriale/ecografia/mammografia/ecg/eeg			20,00%	
3	diagnostica laboratorio			22,50%	
4	diagnostica rx tradizionale			25,00%	
5	contrastanti/tac/rmn/medicina nucleare/emg			29,00%	
<b>TOTALE B</b>		N°	€		€

ELENCO PERSONALE DI SUPPORTO IMPEGNATO (solo personale sanitario/tecnico)

F	G	H	I
Cognome - Nome	N° prestazioni a cui ha partecipato	TIPOLOGIA PRESTAZIONI (inserire n° gruppo)	Quota spettante
<b>TOTALE</b>	N°		€

IL PROFESSIONISTA  
\_\_\_\_\_