

MODULO RICHIESTA ATTIVAZIONE AMBULATORIO PER ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

PRESIDIO / DISTRETTO / DIPARTIMENTO _____

UOC _____

SEDE POLIAMBULATORIO (UBICAZIONE) _____

AMBULATORIO DA ATTIVARE _____

TIPOLOGIA AMBULATORIO _____

RESPONSABILE UOC / UOSD _____

SPECIALISTA RICHIEDENTE _____

FASCIA ORARIA DI APERTURA

	orario apertura (I fascia)		orario apertura (II fascia)		orario apertura (III fascia)	
	Da	A	Da	A	Da	A
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						

PRESTAZIONI DA EROGARE

Codice Prestazione	Prestazione	Durata

DATA _____

FIRMA SPECIALISTA

FIRMA RESPONSABILE UOC/UOSD

Riservato alla Direzione di Presidio / Distretto / Dipartimento

Firma Direttore Medico

Data _____

Riservato alla Segreteria CUP

Presa in carico il _____

Eseguita il _____

Firma _____