

### DATI ACCESSO

Erogazione prestazioni	<b>Fuori orario lavorativo</b>		Sede in cui è stata svolta l'attività
	SI	NO	
Data <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>			
Ora <u>    </u> : <u>    </u>			

Struttura ambulatoriale di riferimento del medico (da indicare ai soli fini dell'attribuzione al centro di costo)

### ELENCO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EROGATE

Codice Prestazione <i>(da compilare in alternativa alla indicazione della Descrizione Prestazione)</i>	Descrizione Prestazione <i>(da compilare in alternativa all' indicazione del Codice Prestazione)</i>	Quantità Prestazioni

**FIRMA DEL DIRIGENTE CHE AUTORIZZA LA PRESTAZIONE** \_\_\_\_\_

**FIRMA DELLO SPECIALISTA** \_\_\_\_\_

**FIRMA ASSISTITO O FAMILIARE** \_\_\_\_\_