

DATI ACCESSO

Erogazione prestazioni	Fuori orario lavorativo		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 _____