RICHIESTA ATTIVITÀ ESTERNA
(ai sensi dell'art. 32 dell'A.C.N. del 04/04/2024)

Il/la sottoscritto/a dr. _____

specialista ambulatoriale interno / professionista in servizio presso _____

è autorizzato a recarsi il giorno _____ per consulenza specialistica:

☐ IN ORARIO DI SERVIZIO ☐ FUORI ORARIO DI SERVIZIO

_____

(Timbro e firma del Responsabile)

Si attesta che le prestazioni di attività esterna sotto indicate sono state regolarmente effettuate ai seguenti assistiti:

DALLE	ALLE	NOMINATIVO	PRESTAZIONE EFFETTUATA	PRESSO

Luogo, data _____

_____

(firma dello specialista / professionista)

Per convalida:

IL DIRETTORE / RESPONSABILE DI STRUTTURA

_____

(*timbro e firma*)

Trasmettere via PEC a protocollo.aulss2@pecveneto.it
oppure via email a protocollo@aulss2.veneto.it