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 allo svolgimento e alla remunerazione dell'attività esterna del mese di _____

come di seguito indicato:

☐ IN ORARIO DI SERVIZIO ☐ FUORI ORARIO DI SERVIZIO

GIORNO VISITA	DALLE	ALLE	NOMINATIVO	PRESTAZIONE EFFETTUATA	PRESSO

GIORNO VISITA	DALLE	ALLE	NOMINATIVO	PRESTAZIONE EFFETTUATA	PRESSO

Luogo, data _____

_____ _____

(firma dello specialista / professionista) (*timbro e firma del Responsabile di Struttura*)

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