RICHIESTA RICONOSCIMENTO ECONOMICO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (PACCHETTI)
(ai sensi dell'art. 41 dell'A.C.N. del 04/04/2024)

Il/la sottoscritto/a dr. _____ specialista ambulatoriale interno/professionista in servizio c/o _____

CHIEDE

il riconoscimento economico delle Prestazioni Aggiuntive effettuate nel mese di _____ preventivamente richieste dal Responsabile sotto indicato, presso il distretto di:

☐ Treviso ☐ Asolo ☐ Pieve

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	N. ORE	OSPEDALE/TERRITORIO

Luogo, data _____ _____
(firma dello specialista / professionista)

Luogo, data _____ IL RESPONSABILE/DIRETTORE DI STRUTTTURA

_____
(*timbro e firma*)

Luogo, data _____ IL DIRETTORE DI DISTRETTO/P.O./DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

_____
(*timbro e firma*)

Ai fini della liquidazione, si chiede di **trasmettere mensilmente il modulo entro il giorno 5 del mese successivo** a quello dell'effettuazione delle ore, all'indirizzo mail **economicasai@aulss2.veneto.it**.