

RIEPILOGO ORE DI PSICOTERAPIA
 (ai sensi dell'art. 46 dell'A.C.N. 04/04/2024)

Il/la sottoscritto/a dr. _____
 specialista ambulatoriale in servizio presso _____

DICHIARA

di aver svolto attività di Psicoterapia nel mese di _____
 secondo lo schema seguente:

GIORNO	DALLE	ALLE	DALLE	ALLE	N. ORE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Si attesta che la documentazione relativa ai singoli piani di trattamento terapeutico è conservato agli atti di questa struttura.

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