

AUTORIZZAZIONE UTILIZZO MEZZO PROPRIO
(ai sensi dell'art. 52 dell'A.C.N. del 04/04/2024)

Si dispone che il/la sottoscritto/a dr. _____
specialista ambulatoriale interno / professionista in servizio presso _____

ai sensi dell'art. 52 dell'A.C.N. del 04/04/2024, si avvalga del/i proprio/i mezzo/i:

TARGA _____ TIPO _____

KW _____ INTESTATO A _____

TARGA _____ TIPO _____

KW _____ INTESTATO A _____

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