

MODULO DI RICHIESTA MODIFICA TARIFFE LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA.

Il sottoscritto Prof./Dott. _____

Dirigente Medico presso l'Unità Operativa di _____

Autorizzato a svolgere attività libero-professionale ambulatoriale presso:

nella/e giornata/e di:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Lunedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Martedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Mercoledì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Giovedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Venerdì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Sabato | dalle ore _____ | alle ore _____ |

CHIEDE

di eseguire le seguenti prestazioni libero professionali e di richiedere gli onorari indicati cui andranno aggiunte le quote di spettanza dell'Amministrazione:

CODICE	DESCRIZIONE	CADENZA	ONORARIO
		APPUNTAMENTI	
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____

NB: *precisare se necessaria la presenza di personale di supporto:* *Si* *No*

Data..... **Firma del Richiedente**.....

Recapiti di contatto: e-mail: **tel.:**