



REGIONE DEL VENETO
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO – I.R.C.C.S



Padova, lì _____

Al Coordinatore SGA
Email: agende.sgp@iov.veneto.it

Oggetto: **Richiesta di modifica estemporanea all'esercizio dell'attività libero professionale ambulatoriale.**

Il sottoscritto Dott./Prof. _____ chiede di poter modificare la propria attività libero professionale presso gli ambulatori come segue:

A- Richiesta di sospensione

- il giorno ____ / ____ / ____ dalle ore ____ alle ore ____
 dal giorno ____ / ____ / ____ al giorno ____ / ____ / ____

Per: _____

Firma del Richiedente Dott. _____

B- Richiesta di spostamento

della seduta del ____ / ____ / ____ per:(specificare motivo della richiesta)

_____ alla Seduta aggiuntiva (specificare motivo della richiesta) in data _____

Firma del Richiedente Dott. _____

Firma del Direttore dell'Unità Operativa _____

Dichiara che l'impegno orario richiesto per lo svolgimento di tale attività non reca nocimento all'assistenza sanitaria interna ed al funzionamento del servizio di appartenenza del richiedente.

Spazio riservato al CUP:

Si conferma la disponibilità dell'ambulatorio **SI** **NO**

Note: _____

_____ Firma del Responsabile degli Ambulatori

Data _____

La Direzione Sanitaria o Dir. Medica Ospedaliera autorizza **SI** **NO**

Timbro e firma _____

Note: _____