



## AL DIRETTORE GENERALE ASL TA

Ufficio Libera Professione

(per il tramite della Direzione Medica di Struttura)

### **Oggetto: richiesta di autorizzazione all'esercizio di attività libero-professionale intramoenia in équipe.**

I sottoscritti, avendo preso visione del regolamento dell'attività libero professionale adottato da questa azienda, chiedono di svolgere attività libero professionale intramoenia in équipe nella disciplina di .....

A tal fine dichiarano:

#### **Dati riferiti al referente d'équipe:**

Cognome e Nome Dirigente referente d'équipe	N. Matr.	Qualifica	Disciplina	U.O./Serv. Appartenenza

#### **Dati riferiti all'équipe:**

Cognome e Nome Dirigenti componenti l'équipe	N. Matr.	Qualifica	Disciplina	U.O./Serv. Appartenenza

Cognome e Nome Personale di supporto	N. Matr.	Qualifica	U.O./Serv. Appartenenza

#### **Descrizione delle prestazioni effettuate in regime istituzionale:**

Tipologia prestazione	Codice nom. tariffario	Tariffa proposta in €

#### **Descrizione delle prestazioni offerte in libera professione:**

Tipologia prestazione	Codice nom. tariffario	Tariffa proposta in €


**Fasce orarie dell'attività libero-professionale svolta fuori dell'orario di servizio:**

	Dalle ore	Alle ore	Dalle ore	Alle ore	Totale ore
Lunedì					
Martedì					
Mercoledì					
Giovedì					
Venerdì					
Sabato					
				TOT. ore sett.li	

**Struttura e ambulatorio in cui si intende esercitare l'attività:**

.....  
 .....

**Tipologia di attrezzature da utilizzare:**

.....  
 .....

**Tipologia beni di consumo da utilizzare:**

.....  
 .....

Data .....

Cognome e Nome Dirigenti componenti l'equipe	Firma

Cognome e Nome Dirigenti referente d'equipe	Firma

**NULLA OSTA:**  
 Il Direttore Medico della Struttura

.....