



RICHIESTA DI ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA INDIVIDUALE

Il sottoscritto Dr. Fabiola Pretta, Dirigente di codesta ASL per la branca specialistica di Neuropsichiatria dell'età evolutiva, operante presso L'U.O. di _____

CHIEDE

di essere autorizzato all'esercizio della libera professione intramuraria individuale secondo le modalità previste dall'apposito regolamento.

Prestazioni eseguite

Codice	Descrizione	€
	Visita Specialistica	€ 60
	Visita di controllo	€ 40
	Colloquio psichiatrico	€ 50
	Valutazione neuropsicologica	€ 50
		€

Codice	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€

Orari di attività

Giorno	Mattino		Pomeriggio	
	Ora inizio	Ora fine	Ora inizio	Ora fine
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì	14.30	19.30		
Giovedì				
Venerdì	14.30	17.30		
S a b a t o				

Si NO disponibilità di personale infermieristico di supporto.

Il sottoscritto dichiara che effettuerà le prestazioni libero professionale presso l'ambulatorio di seguito indicato:

Struttura POLIAMBULATORIO Ambulatorio NPI Tel. _____
 Comune SANLURI Via _____

Al fine della definizione della domanda il sottoscritto dichiara di rispettare tutte le condizioni previste dal regolamento aziendale per l'espletamento dell'attività libero-professionale (A.L.P.I.).

Sanluri 10 / 04 / 2014

ASL 6

PG/2014/ 0013645 del 14/04/2014 ore 10,55
 Mittente PRETTA FABIO
 Assegnatario AREA DELLA DIREZIONE - Maurizio

Timbro e firma

