

Al Coordinamento agende CUP/ALPI
e procedure connesse

Rimodulazione agenda dell'U.O.C. di: _____ tel. _____

mail U.O. _____@aopapardo.it

C H I E D E

rimodulazione orari - aggiunta orari a quanto esistente - data auspicata: __/__/__

giorni	dalle ore	alle ore	totale hh:mm	Stima n. esami (1)	Tipo esami	ubicazione personale sanitario	ambulatorio coinvolto	/
<input type="checkbox"/> lunedì								
<input type="checkbox"/> martedì								
<input type="checkbox"/> mercoledì								
<input type="checkbox"/> giovedì								
<input type="checkbox"/> venerdì								
<input type="checkbox"/> sabato								

(1) dipende dal tempo di esecuzione dell'esame prenotato (minuti) e durata dell'ambulatorio

aggiunta prestazioni

codice regionale (nomenclatore)	Tipologia prestazione (denominazione nomenclatore)	Tempo esecuzione in minuti

(a) non è prevista prenotazione (b) prenotata solo dal medico dell'U.O. a seguito di visita

Messina li ____/____/____

Firma del medico responsabile

Firma per attestazione congruità e conformità
(Coordinamento agende CUP/ALPI)