



MODULO ALPI
RICHIESTA PRESTAZIONE DOMICILIARE

Da consegnare alla:

S.S.D. CUP/ALPI

Sassari il

Il/La sottoscritto/a Dott./Prof. _____ Matr. _____

Dirigente Sanitario presso la U.O. _____

Autorizzato allo svolgimento di Attività Libero Professionale intramoenia, con la presente chiede l'autorizzazione ad effettuare una prestazione domiciliare a favore di:

Nome Cognome Utente.....

Data di Nascita.....

Codice Fiscale.....

Indirizzo.....

Recapito telefonico.....

Dalle ore.....alle ore.....del giorno.....

Sassari, _____

IL Dirigente Medico Autorizzato Alpi

[Timbro e Firma]

VISTA LA RICHIESTA SI AUTORIZZA
IL RESPONSABILE CUP/ALPI

(Timbro e Firma)