



CONFIGURAZIONE IN AGENDA

**OGGETTO: RICHIESTA DI MODIFICA E/O INTEGRAZIONE DI PRESTAZIONI L.P.**

**Il sottoscritto:**

- Nome \_\_\_\_\_
- Cognome \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale \_\_\_\_\_
- Codice Matricola \_\_\_\_\_
- Ambulatorio \_\_\_\_\_  
(es. Ambulatorio Ortopedia 3° piano)
- Indirizzo dell'ambulatorio \_\_\_\_\_
- Numero di telefono \_\_\_\_\_

**Richiede la modifica integrazione in agenda di prestazioni da erogare in regime di libera professione.**

**Prestazioni:**

- Descrizione prestazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Branca specialistica associata (se prevista) \_\_\_\_\_
- Costo della prestazione \_\_\_\_\_