

MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA ATTIVITA' CHIRURGICA LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA

Sassari il

**ALLA DIREZIONE GENERALE
AOU DI SASSARI**

E, p.c. al SSD Preospedalizzazione, accoglienza e CUP
S.C. Risorse Umane e relazioni sindacali
Loro sedi

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

Dirigente Sanitario presso la U.O. _____

Dipartimento _____

in possesso della specializzazione in _____

recapito di posta elettronica aziendale/universitaria _____

reperibile al n. telefonico (per comunicazioni interne)

FORMULA RICHIESTA

di autorizzazione a svolgere Attività chirurgica Libero Professionale *intramoenia*, così come di seguito meglio indicato:

Spazio riservato all'AOU

Il Responsabile della SSD Preospedalizzazione, accoglienza e CUP considera relativamente al regolamento ALPI vigente l'istruttoria:

positiva

negativa _____

Sassari, _____

Il Direttore U.O. _____

L'Azienda, a seguito dell'istruttoria effettuata dal Servizio ALPI, visti gli atti ed esaminata la richiesta:

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

Sassari, _____

IL DIRETTORE GENERALE (o suo delegato)
