



azienda sanitaria locale  
materà

Prot. N. \_\_\_\_\_

Matera, \_\_\_\_\_

**ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE**

**Richiesta estensione autorizzazione presso studio privato.**

AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
MATERA

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

dirigente medico in servizio presso l'U.O. \_\_\_\_\_

**autorizzato allo svolgimento della Libera Professione Intramoenia c/o**

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere autorizzato a svolgere la Libera Professione Intramoenia **anche** c/o lo studio ubicato in \_\_\_\_\_

dotato dei requisiti igienico sanitario previsti dalla normativa vigente in relazione alla disciplina professionale di cui trattasi e che le apparecchiature sanitarie presenti sono conformi alle norme di sicurezza -

**nei giorni e negli orari di seguito indicati:**

Giorno della settimana	Orario attivita'	n. utenti

In dipendenza degli impegni relativi all'attività istituzionale (es. turni, guardia divisionale, impegni di sala operatoria, etc.) l'agenda di prenotazione sopra riportata, potrà subire modifiche da comunicare tempestivamente al Servizio CUP.

A tal fine il/la sottoscritt\_ comunica che l'attività esercitata c/o lo studio indicato:

- facilita il rapporto con l'utenza che usufruisce dei servizi della ASM;
- consente di migliorare il rapporto fiduciario con i pazienti;
- \_\_\_\_\_

Le prestazioni in regime di attività libero – professionale saranno comunque svolte al di fuori dell'orario di servizio, del servizio in pronta disponibilità e di altri impegni relativi all'attività istituzionale.

Distinti saluti

Matera, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_