

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE BASILICATA



azienda sanitaria locale  
materata

Prot. N.

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

**ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE**

**Richiesta modifica agenda di prenotazione**

AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
MATERA

Dott. \_\_\_\_\_

in servizio c/o l'U.O./Servizio \_\_\_\_\_

Si comunicano i giorni di svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia eseguita presso:

Ubicazione ambulatorio: \_\_\_\_\_

Giorno	Orario	n. utenti prenotabili	Note agenda

L'agenda potrà subire modifiche e/o aggiornamenti in relazione agli impegni istituzionali. Eventuali modifiche saranno tempestivamente comunicati.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_  
(firma)