



azienda sanitaria locale  
matera

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

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

**ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE**

**Richiesta Modifica/Integrazione tariffario**

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, chiede che le tariffe autorizzate per la L.P.I. siano aggiornate e/o integrate come di seguito riportato:

Cod. prest.	Descrizione prestazione	Importo

- Per eventuali prestazioni già autorizzate e non riportate nel prospetto, le tariffe rimangono quelle precedentemente autorizzate.
- Le prestazioni e le tariffe sopra riportate sostituiscono e annullano quelle precedentemente autorizzate.

Gli importi riportati sono al lordo delle trattenute previste dal vigente regolamento.

Distinti saluti

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

Firma

\_\_\_\_\_