Lo Specialista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha svolto presso l’ambulatorio sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data di effettuazione prestazione | Riportare se l’attività è stata svolta durante il turno contrattuale o fuori turno contrattuale | Partenza da  (indicare il comune) | Arrivo a  (indicare il comune e aggiungere RSA se vista in RSA e simili) | N° visite effettuate | Km percorsi (compilato da uff. convenzionati) | Ore totali (compilato da ufficio convenzionati) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Si autorizza

Firma dello specialista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Direttore PressT Pot e Specialistica Ambulatoriale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presente modulo per la liquidazione deve essere trasmesso debitamente firmato a G.A.S.S.S. gestione amministrativa convenzionati