Si è concordato con il Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che si è reso disponibile a svolgere le ore di plus orario presso il poliambulatorio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la seguente modalità: recupero  pagamento  nei giorni e con le fasce orarie sotto riportate

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | DALLE | ALLE | N° ORE | MOTIVAZIONE(\*) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Si autorizza il riconoscimento nei limiti e nelle fasce orarie sopra indicate.

Per accettazione (lo specialista/professionista) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autorizza

Il Direttore PressT Pot e Specialistica Ambulatoriale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presente modulo deve essere trasmesso debitamente firmato a G.A.S.S.S. Gestione Amministrativa Medici Convenzionati