

U.S.L. FOGLIO RILEVAZIONE PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE E VISITE OCCASIONALI

CODICE _____ DOTT. _____ ANNO _____ MESE DI RIFERIMENTO _____ PRESTAZIONI P.I.P. _____ VISITE OCCASION. _____

NUMERO **0009194**

G P R O G R. O R. O	DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO		DESCRIZIONE	VISITE OCCASION.				
	CODICE ASSISTITO O USL DI APPARTENENZA	NOMINATIVO E INDIRIZZO		COF.	DOZ.	AMB.	DOM.	ASS.
			Riporto					
	▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯							
	▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯							
	▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯							
	▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯							
	▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯							
	▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯							
	▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯							
	▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯							
	▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯▯							
Totale a riportare o complessivo del mese								

In allegato si trasmettono N. _____ Autorizzazioni

II Medico titolare _____

II Medico sostituto _____ (timbro e firma)

Data _____

N. dist. Titolare

N. dist. Titolare

PER LA U.S.L. VISTO
