

RICHIESTA APERTURA / MODIFICA AGENDA (MODELLO 1)

Presidio Ospedaliero / Distretto: Struttura:
 Ambulatorio erogante: Codice Agenda
 Data apertura: Agenda Esclusiva ☐ SI ☐ NO

PRESTAZIONI EROGATE

NR PROGR	COD CATALOGO	DESCRIZIONE	DURATA	VINCOLI ETA'
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

LEGENDA

N. Progressivo Prestazioni: indica in modo sintetico la prestazione erogata nella fascia oraria

Numero Prestazioni: indica il numero di prestazioni erogabili per ogni fascia oraria (tempo seduta / durata della prestazione)

Classi di Priorità: indica una proposta di suddivisione delle fasce di orario per priorità

Esclusiva: indica la possibilità di riservare l'accessibilità di alcune fasce nelle agende pubbliche per i percorsi interni

PROGRAMMAZIONE AGENDA

GIORNI	ORA INIZIO	ORA FINE	NR PROG	NR PREST	CLASSI DI PRIORITA'	ESCLUSIVA	PERIODICITA'
LUNEDI'	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1° sett. <input type="checkbox"/> 2° sett. <input type="checkbox"/> 3° sett. <input type="checkbox"/> 4° sett. <input type="checkbox"/> 5° sett.
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
MARTEDI'	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1° sett. <input type="checkbox"/> 2° sett. <input type="checkbox"/> 3° sett. <input type="checkbox"/> 4° sett. <input type="checkbox"/> 5° sett.
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
MERCOLEDI'	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1° sett. <input type="checkbox"/> 2° sett. <input type="checkbox"/> 3° sett. <input type="checkbox"/> 4° sett. <input type="checkbox"/> 5° sett.
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
GIOVEDI'	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1° sett. <input type="checkbox"/> 2° sett. <input type="checkbox"/> 3° sett. <input type="checkbox"/> 4° sett. <input type="checkbox"/> 5° sett.
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
VENERDI'	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1° sett. <input type="checkbox"/> 2° sett. <input type="checkbox"/> 3° sett. <input type="checkbox"/> 4° sett. <input type="checkbox"/> 5° sett.
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
SABATO	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1° sett. <input type="checkbox"/> 2° sett. <input type="checkbox"/> 3° sett. <input type="checkbox"/> 4° sett. <input type="checkbox"/> 5° sett.
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	

Data:

Il Direttore
della Struttura

Specialista Ambulatoriale
Interno / Convenzionato

Incaricato di funz.
organizzativa (IFO)

Il Direttore Medico di
Presidio / Distretto

La Direzione
Aziendale

.....

.....

.....

.....

.....