

RICHIESTA ATTIVAZIONE AMBULATORIO

Alla SC Programmazione Controllo S.I.
e-mail: controllogestione@aslal.it
Fax: 0131/306345

NOME AMBULATORIO _____

STRUTTURA DI UBICAZIONE

- ☐ PRESIDIO _____
- ☐ POLIAMBULATORIO _____
- ☐ DISTRETTO _____
- ☐ ALTRO _____

DAL GIORNO _____

MEDICO REFERENTE DOTT. _____

SPECIALISTA IN _____

☐ STRUTTURA DI APPARTENENZA PRESIDIO OSPEDALIERO _____

OVVERO

☐ NON OSPEDALIERO ☐ SUMAI

ELENCO PRESTAZIONI ESEGUITE

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

IL RESPONSABILE DELLA
STRUTTURA/AMBULATORIO

IL DIRETTORE DEL PRESIDIO
OSPEDALIERO / DISTRETTO

.....

.....

NOTA BENE: Contestualmente alla presente richiesta **OCCORRE** compilare in ogni sua parte il Modello 1 – RICHIESTA APERTURA AGENDA (approvato con Deliberazione n. 379 del 31.05.2019) e trasmetterlo ai referenti aziendali per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale – mail: cuptortona@aslal.it