



**Oggetto: SCELTA NOMINATIVA DEL PERSONALE DI SUPPORTO ATTIVITA' ALPI**

		<b>Il sottoscritto</b>		<b>cognome</b>		<b>nome</b>	
<b>Matr. n.</b>		Dirigente Medico/Sanitario, dott./d.ssa					
con rapporto di lavoro dipendete nella disciplina di							
In servizio a tempo determinato/indeterminato nella I.U.O. di						a	
<b>C.F.</b>		<b>tel.</b>		<b>e - mail</b>			

PRESA VISIONE DEL Regolamento aziendale per l'esercizio della Attività Libero Professionale Intramuraria, ed in particolare a quelle relative al personale di supporto

**DICHIARA**

di volersi avvalere nell'esercizio della propria attività libero professionale intramuraria del supporto del/della dipendente

COGNOME	NOME	MATRICOLA	QUALIFICA	IN SERVIZIO PRESSO U.O.
In forma			Ambulatoriale Individuale	
			Ambulatoriale in equipe	
			In regime di ricovero	
			Diagnostica strumentale e di laboratorio	
Il Dirigente			Timbro e firma	