

**ELENCO PRESTAZIONI DI ATTIVITA' ESEGUITA IN EXTRAMOENIA
NEL MESE DI**

Il sottoscritto dr. _____, ai sensi dell'Art. 30 ACN/2015 specialista ambulatoriale convenzionato a tempo indeterminato/determinato/sostituto nella branca di _____, dichiara di aver eseguito le seguenti prestazioni di attività esterna (extramoenia) debitamente autorizzate dal Responsabile dell'Attività, utilizzando per lo spostamento:

n.	Nominativo	data	90'	60'	20'	Automezzo proprio, preventivamente autorizzato dall'Azienda USL Numero Targa	Automezzo messo a disposizione e da parte dell'Azienda	Comune/ indirizzo	Km
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

Data _____

Firma dello specialista _____

Il sottoscritto dott. _____, responsabile dell'attività dichiara di avere autorizzato le prestazioni di extramoenia sopra elencate e qui di seguito sintetizzate, e di avere inoltre verificato che l'eventuale uso del mezzo proprio sia stato preventivamente autorizzato.

U.O.C. Gestione Specialisti Ambulatoriali e Contratti Atipici

Livorno 0586/223716
simona.balluchi@uslnordovest.toscana.it

Pisa 050/954295
serena.dilda@uslnordovest.toscana.it

Lucca 0583/449884
evita.bandiera@uslnordovest.toscana.it

Viareggio 0583/449143
raffaella.guidi@uslnordovest.toscana.it

Massa 0585/657531
roberta.gussoni@uslnordovest.toscana.it

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503

Data

firma del Responsabile dell'attività

Azienda USL Toscana nord ovest



**U.O.C. Gestione
Specialisti
Ambulatoriali e
Contratti Atipici**

Livorno 0586/223716
[simona.balluchi@](mailto:simona.balluchi@uslnordovest.toscana.it)
uslnordovest.toscana.it

Pisa 050/954295
serena.dilda@
uslnordovest.toscana.it

Lucca 0583/449884
evita.bandiera@
uslnordovest.toscana.it

Viareggio 0583/449143
raffaella.guidi@
uslnordovest.toscana.it

Massa 0585/657531
[roberta.gussoni@uslnordo](mailto:roberta.gussoni@uslnordovest.toscana.it)
vest.toscana.it

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: PISTOLESI MAIDA

DATA FIRMA: 19/07/2019 15:58:50

IMPRONTA: 62323039373330616638386461376233353564373738616464616464343531333537663330303536