



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

crea.agende@aspbasilicata.it

RICHIESTA CREAZIONE

SPECIALISTA _____

CODICE FISCALE SPECIALISTA (obbligatorio per apertura agenda) _____

AMBULATORIO _____

SEDE _____

DATA INIZIO APERTURA

GG/MM/AAAA _____

AGENDA		
	DENOMINAZIONE	PRESTAZIONI
RAO ☐		

CALENDARIO AMBULATORIO		
	GIORNO	ORARIO
LUN	☐	
MAR	☐	
MER	☐	
GIO	☐	
VEN	☐	
SAB	☐	

DESCRIZIONE INCARICO

ORE DI SERVIZIO SETTIMANALI _____

GIORNI DI SERVIZIO _____

DATE DA SOSPENDERE PER FERIE/PERMESSI GIA' PROGRAMMATI E VALIDATI

Luogo e Data _____

LO SPECIALISTA

FIRMA DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO
(ove prevista)