



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

sospensione.agende@aspbasilicata.it

## RICHIESTA SOSPENSIONE

SPECIALISTA \_\_\_\_\_

AMBULATORIO \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

| DATE MODIFICA    | ORE MODIFICA    |
|------------------|-----------------|
| DAL GIORNO _____ | DALLE ORE _____ |
| AL GIORNO _____  | ALLE ORE _____  |

| AGENDA        |        |
|---------------|--------|
| DENOMINAZIONE | CODICE |
|               |        |
|               |        |
|               |        |
|               |        |
|               |        |
|               |        |
|               |        |
|               |        |

| GIORNI AMBULATORIO |     |     |     |     |     |
|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| LUN                | MAR | MER | GIO | VEN | SAB |
|                    |     |     |     |     |     |
|                    |     |     |     |     |     |
|                    |     |     |     |     |     |
|                    |     |     |     |     |     |
|                    |     |     |     |     |     |
|                    |     |     |     |     |     |
|                    |     |     |     |     |     |

| NOTE RICHIESTA                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FERIE <input type="checkbox"/> CONVEGNI <input type="checkbox"/> MALATTIA <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |

| INDICAZIONE SULLE MODALITA' DI SPOSTAMENTO E GESTIONE DEI PRENOTATI |
|---------------------------------------------------------------------|
|                                                                     |

Luogo e Data \_\_\_\_\_

LO SPECIALISTA

FIRMA DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO  
(ove prevista)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_