

RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE IN USO DEGLI AMBULATORI COMUNALI

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____ C.F. _____

P.I. _____

residente in _____ via _____ n. _____

in qualità di:

- Medico di medicina generale convenzionato con ATS
 Pediatra convenzionato con ATS

Recapito a cui si desidera ricevere comunicazioni:

Indirizzo: _____

Telefono: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Cell: _____

Viste ed accettate in ogni loro parte le linee guida per l'utilizzo e la gestione degli ambulatori comunali e relative attrezzature

CHIEDE

Di poter fruire dell'uso dell'ambulatorio comunale sotto indicato e relative attrezzature:

- STUDIO MEDICINA GENERALE**
 STUDIO PEDIATRIA

 STUDIO "1"

nei seguenti giorni ed orari: _____

GIORNO	FASCIA 1 (8.00-14.00)	FASCIA 2 (14.00-20.00)
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

- STUDIO "2" in esclusiva**

STUDIO “3”

nei seguenti giorni ed orari: _____

GIORNO	FASCIA 1 (8.00-14.00)	FASCIA 2 (14.00-20.00)
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

STUDIO “4” in esclusiva

in accordo con le esigenze del Comune e della cittadinanza in modo da poter garantire il miglior servizio possibile.

A tal fine

DICHIARA

1. Che l'uso viene richiesto per: *(descrizione specialità per la quale intende prestare attività)*

2. Di acconsentire al trattamento dei dati di cui all'art. 8 delle linee guida per la concessione in uso di locali comunali adibiti ad ambulatori medici;
3. Di essere medico/pediatra assegnato da ATS al Comune di Tavazzano con Villavesco come:
- Titolare
 - Sostituto
4. Di essere in servizio sul territorio di Tavazzano con Villavesco dal _____
5. Di avere n. _____ pazienti residenti a Tavazzano con Villavesco;
6. Di indicare per l'assegnazione dello Studio, il seguente ordine di preferenza dei locali: _____

Luogo, data _____

Firma del dichiarante

piano terra

