

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLO  
SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONE  
DOMICILIARE****MODULO****ALLEGATO M)****DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO  
DI PRESTAZIONE DOMICILIARE**

Al Responsabile della  
SSD "Libera Professione"  
AAS n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"  
V. Vittorio Veneto, 174 - Gorizia

Il/La sottoscritto/a dirigente medico/sanitario

dott./a \_\_\_\_\_

dipendente dell'AAS 2 "Bassa Friulana-Isontina" con rapporto di lavoro esclusivo e a tempo pieno,  
in servizio presso la  Struttura Complessa/  Semplice Dipartimentale/  Semplice

con sede a \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ telefono/cellulare \_\_\_\_\_

**chiede**

di poter svolgere, nel rispetto della normativa e del Regolamento vigenti, attività domiciliare nei termini di seguito riportati:

**DISCIPLINA:** \_\_\_\_\_

**PRESTAZIONE:** \_\_\_\_\_

**GIORNO E ORARIO:** \_\_\_\_\_

**SEDE DI ATTIVITÀ:** \_\_\_\_\_

**TARIFFA PROPOSTA:** \_\_\_\_\_

A tal fine **allega la richiesta del paziente.**

**Dichiara** che la prestazione è richiesta al domicilio, in relazione:

- alla particolare prestazione assistenziale richiesta
- al carattere occasionale e straordinario della stessa
- al rapporto fiduciario già esistente con il sottoscritto con riferimento all'attività libero-professionale intramuraria già svolta individualmente o in équipe nell'ambito dell'Azienda.

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLO  
SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONE  
DOMICILIARE****MODULO**

**Dichiara di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni, i criteri e le modalità di svolgimento delle attività professionali a pagamento previsti dal Regolamento Aziendale.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

<b>IL RESPONSABILE DEL RICHIEDENTE GERARCHICAMENTE SUPERIORE (INDICARE NOME E COGNOME)</b>  _____	<input type="checkbox"/> PARERE FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE Data _____ Firma _____
<b>IL DIRETTORE DELLA SC "GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE"</b>	<input type="checkbox"/> PARERE FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE Data _____ Firma _____