

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(Parte integrante dell'allegato L)

Il sottoscritto Dott. Chiara Bascialla Cod.Reg.

Telefono n° 3927587512

- Medico Convenzionato
- Medico Convenzionato in rete
- Medico Convenzionato in gruppo

1° AMBULATORIO

Indirizzo Città: Fenegrò CAP 22070

Piazza Caduti Fenegrolesi n°1 Tel. 031 935390

ORARIO AMBULATORIALE

	MATTINA		POMERIGGIO	
LUNEDI'	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
*	dalle 9.30	alle 13.00	dalle _____	alle _____
MARTEDI'	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
*	dalle _____	alle _____	dalle 15.00	alle 19.00
MERCOLEDI'	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
*	dalle 9.30	alle 13.00	dalle _____	alle _____
GIOVEDI'	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
*	dalle _____	alle _____	dalle 15.30	alle 19.00
VENERDI'	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
*	dalle 9.30	alle 13.00	dalle _____	alle _____
SABATO	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
*	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____

* sulla seconda riga indicare l'orario su appuntamento

CONTATTO TELEFONICO PER APPUNTAMENTI: 031 935390 dalle 8.00 alle 12 / dalle 17.30
alle 18.30

DICHIARA FORMALMENTE

1. non svolgere attività libero professionale in:

FORMA STRUTTURATA NO (1) (espletata in forma organizzata e continuata comportante impegno _____ orario settimanale definito)

OCCASIONALE NO (1) (occasionalmente esercitata in favore del cittadino e su richiesta dello stesso) senza quantificazione di orario fisso settimanale.

2. Che l'attività libero professionale di cui sopra non reca pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico nello studio ed al domicilio del paziente.

NOTE:

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede:

Data 26/02/2021

Firma



- 1) cancellare la parte che non interessa
- 2) barrare le prestazioni effettuate