

BOZZA - DISCIPLINARE DI ORGANIZZAZIONE DEL CUP REGIONALE

UOC CUP ALPI e Liste di Attesa
Torre del Greco – via Marconi, n. 66
cupalpielistediattesa@aslnapoli3sud.it
TEL. 0818490656

4.3. Allegato 3: Modello di Chiusura per Ferie

Napoli ____/____/____

Prt ____ Napoli il ____/____/____

Azienda	Tipo struttura	Struttura	Dati identificativi U.O. U.O. – Ambulatorio - Erogatore	
Azienda: _____ Codice Azienda: _____	☐ D.S.B.n° _____ ☐ P.O. ☐ P.S.I.	SEDE:	U.O.	
Richiesta inoltrata a mezzo: ☐ Mail ☐ Interno ☐ Altro canale			Ambulatorio	
			Erogatore	Nome e Cognome:
				Codice Regionale:
				n° di matricola (se dipendente):

CODICE FISCALE DEL MEDICO:	PERSONA DA CONTATTARE:
----------------------------	------------------------

CHIUSURA

Dal _____ Al _____ gg

Dal _____ Al _____ gg

Dal _____ Al _____ gg

Dal _____ Al _____ gg

BOZZA - DISCIPLINARE DI ORGANIZZAZIONE DEL CUP REGIONALE

Dal _____ Al _____ gg.

Dal _____ Al _____ gg.

Il Medico Specialista

Il Direttore Responsabile o Responsabile U.O.

Spazio riservato alla Direzione CUP

*PER ASSISTENZA:
NOCERINO (08118434620-INT.4620)-GRANATA(08118434630-INT.4630)