

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

4.5. Allegato 5: Modello di Sospensione

MODELLO DI RILEVAZIONE DELLE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Azienda Sanitaria	
Codice Azienda	
Anno di riferimento	
Semestre	
Data della sospensione	
Denominazione della Struttura	

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

Prog.	Codice struttura di erogazione (STS)	Durata della sospensione (gg)	Causa della sospensione	Codice prestazione	Codice Raggrup. (*)
1					
2					
3					

*Per codice raggruppamento si intende il raggruppamento delle prestazioni ambulatoriali oggetto della sospensione.

NB: il modello va compilato in tutte le sue parti e firmato dal Direttore Sanitario o Direttore Responsabile della Struttura.

Timbro e Firma del Direttore della Struttura

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

GRANATA(08118434630-INT.4630)