

**ELENCO PRESTAZIONI IN ATTIVITA' ESTERNA (EXTRAMOENIA)  
NEL MESE DI \_\_\_\_\_**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ dott. \_\_\_\_\_ specialista ambulatoriale convenzionato per la branca di \_\_\_\_\_  
in servizio presso il Presidio di \_\_\_\_\_ dichiara di avere eseguito le seguenti prestazioni di attività esterna (extramoenia)  
debitamente autorizzate dal Responsabile dell'attività, utilizzando per lo spostamento:

N.	NOMINATIVO	DATA	90'	60'	20'	Automezzo proprio, preventivamente autorizzato da parte dell'Azienda NUMERO TARGA	Automezzo messo a disposizione da parte dell'Azienda	COMUNE/ INDIRIZZO	Km
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Data \_\_\_\_\_

Firma dello specialista \_\_\_\_\_

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ dott. \_\_\_\_\_ responsabile dell'attività dichiara di avere autorizzato le prestazioni di extramoenia sopra elencate  
e qui di seguito sintetizzate, e di avere inoltre verificato che l'eventuale uso del mezzo proprio sia stato preventivamente autorizzato.

	90'	60'	20'
Totali			

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Responsabile dell'attività \_\_\_\_\_