



UO Libera Professione (SC)

Richiesta di Prestazione Professionale Occasionale - Art. 9 D.P.C.M. 27/03/2000

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

il _____ Residente a _____ Prov. _____

In Via _____

CodiceFiscale _____

A nome proprio

oppure

- esercitando la rappresentanza legale in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno) _____
- in qualità di parente (indicare grado di parentela) _____
- in qualità di convivente _____

del/della Sig./a _____
nato/a _____ **il** _____
residente a _____ **Via** _____

(lo scrivente dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000)

RICHIEDE

L'erogazione da parte del/i Dott./i _____

_____, della seguente prestazione:

- visita specialistica domiciliare;

da eseguirsi presso _____, il giorno _____

DICHIARA

- ♣ di accettare la tariffa pari ad Euro _____ preventivata dal/i sanitario/i erogatore/i della prestazione;
- ♣ di provvedere al pagamento della tariffa suddetta tramite bonifico bancario entro 30 gg. data fattura.

Data, _____

Firma, _____