

Fac-simile da predisporre su carta intestata dalla struttura sanitaria richiedente

**Al Direttore dell' UO Libera Professione (SC)  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna**

La scrivente Struttura Sanitaria: \_\_\_\_\_

Sede Legale: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Partita Iva: \_\_\_\_\_

### COMUNICA

di aver contattato il Dott./ Dott.ssa (specificare ogni nominativo, se più di un professionista):

a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_

dipendente/i a rapporto esclusivo dell'Azienda USL di Bologna, per lo svolgimento della seguente prestazione sanitaria:

\_\_\_\_\_

richiesta dall'utente Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

per il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

### DICHIARA

♣ di essere titolare e responsabile del trattamento sanitario complessivo dell'utente;

♣ di aver concordato con il professionista/i la seguente tariffa:

a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_

(le lettere indicano corrispondenza tra nominativo del professionista e corrispondente tariffa)

♣ che provvederà al pagamento della tariffa suddetta tramite bonifico bancario entro 30 gg. data fattura.

Bologna, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro/firma del responsabile)