



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;
- intervento chirurgico;
- consulenza specialistica;
- esame diagnostico

da eseguirsi presso \_\_\_\_\_, il giorno \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma, \_\_\_\_\_