



A.S.P. DI RAGUSA

RENDICONTO A.L.P.I. DR. \_\_\_\_\_ MATR. \_\_\_\_\_ MESE DI \_\_\_\_\_

N. Pr.	DATA ESECUZIONE PRESTAZIONE	ORARIO INIZIO PRESTAZIONE	SEDE	TIPO PRESTAZIONE*	STRUMENTARIO		PERSONALE DI SUPPORTO*2	IMPORTO PRESTAZIONE	ESTREMI FATTURA
					ASP	PROPRIO			

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR n. 445/00, che le prestazioni sopra indicate sono state effettuate in attività libero professionale, nei giorni e negli orari indicati e al di fuori dall'orario istituzionale di servizio

FIRMA \_\_\_\_\_

\* specificare se solo visita o visita + diagnostica strumentale  
 \* in caso di utilizzo di personale di supporto specificare cognome e nome e nr. matricola