



## AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Sede Legale:  
Via Renato Paolini, 47  
65124 Pescara  
P.Iva: 01397530682

### MODULO CHIAMATA IN REPERIBILITA'.

(compilare in carattere stampatello maiuscolo, tranne che per le sottoscrizioni)

UNITA' OPERATIVA RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

NOMINATIVO DEL CHIAMANTE \_\_\_\_\_ QUALIFICA \_\_\_\_\_

REPERIBILITA' ATTIVA RELATIVA AL GIORNO/MESE/ANNO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

..l... sottoscritt... \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

Profilo Professionale \_\_\_\_\_ ;

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità che le prestazioni di servizio sotto elencate sono state rese in reperibilità attiva e che sono corrispondenti alle reali, urgenti, esigenze di servizio per le quali le prestazioni stesse sono state richieste, come di seguito meglio specificato:

ORA ENTRATA	ORA USCITA	RIFERIMENTO PAZIENTE	OGGETTO DELLA CHIAMATA	PRESTAZIONI EROGATE

(barrare le righe di tabella inutilizzate)

Località, \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### SEZIONE CONTROLLO DI PRIMO LIVELLO

DETERMINAZIONI DEL DIRETTORE DI UOC / DIRIGENTE RESPONSABILE DI UNITA' OPERATIVA PER AVVENUTA VERIFICA DELLA CONGRUITA' DI QUANTO SOPRA DICHIARATO E VALIDAZIONE.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DI UOC / DIRIGENTE RESPONSABILE DI UO

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

(timbro e firma)