



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Sede Legale: Via del Vespro n. 129 90127 Palermo
C.F. e P.IVA:05841790826

(ALLEGATO B)

OGGETTO: Visita domiciliare in regime libero professionale

Il sottoscritto dott./prof. _____ matr. _____
in servizio presso l'U.O. _____, dichiara di avere
effettuato in data odierna la seguente prestazione _____ in regime libero
professionale presso il domicilio del paziente:

Sig. _____

nato a _____ in data _____

C.F. _____ via _____

città _____ cap. _____ tel. _____ Lo scrivente

dichiara che la prestazione è stata erogata in via eccezionale, su richiesta del paziente, avendone
constatato le sue difficoltà di deambulazione.

L'onorario della prestazione, pari ad €. _____, è stato versato
anticipatamente presso l'Azienda A.O.U.P. con ricezione immediata di fattura o ricevuta di
pagamento "PAGOPA" (esibita al professionista a cui verrà rilasciata copia)

Data _____

Firma del paziente

Firma del Dirigente medico

Estremi documento di identità del paziente

Il presente documento deve essere consegnato all'Ufficio A.L.P.I. dell'A.O.U.P. "P. Giaccone" entro n. 3 (tre)
giorni dall'espletamento della prestazione