

Eventuali vincoli sull'età del paziente (indicare limiti e codice prestazioni)	
Limiti	
Cod. Prestazioni	
Eventuali vincoli sul genere del paziente (indicare uomo/donna e codice prestazioni)	
Genere	
Cod. Prestazioni	
Eventuali AVVERTENZE E NOTE DA ALLEGARE ALLE PRESTAZIONI	
Allegato Nr.	
Cod. Prestazioni	
Allegato Nr.	
Cod. Prestazioni	
DATO OBBLIGATORIO	
Indicare il codice delle AGENDE ISTITUZIONALI in cui vengono prenotate le prestazioni di cui si richiede l'autorizzazione in ALPI	

Si conferma che le prestazioni richieste in autorizzazione rientrano nella disciplina di inquadramento e vengono prenotate ed erogate in attività istituzionale

Data _____

Firma _____

Per presa visione

Il Dirigente della U.O.

[timbro e firma]

Il Direttore di Macrostruttura o Direttore Medico

[timbro e firma]