**MODULO PER LA RICHIESTA DI AUOTORIZZAZIONE ALLA SOSPENSIONE DELL’ATTIVITA’ DI PRENOTAZIONE**

**AZIENDA ASLTO 4**

|  |
| --- |
| 1. PRESTAZIONE SOSPESA:
 |
| 1. PUNTO DI EROGAZIONE:
 |
| 1. LUOGO DI EROGAZIONE:
 |
| 1. MOTIVAZIONE DELLA SOSPENSIONE:
 |
|  4bis. TEMPI PREVISTI PER IL RIPRISTINO DELLA PRENOTAZIONE: |
| 1. SOLUZIONI PREVISTE PER OVVIARE AL DISSERVIZIO:
 |
|  5bis. tempi di utilizzo delle misure organizzative sostitutive adottate al fine del ripristino dell’attività: |
| 1. EVENTUALE SOSPENSIONE DELL’EQUIVALENTE ATTIVITA’ INTRAMOENIA:
 |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA RESPONSABILE S.C./S.S.

----------------------------------------

FIRMA DMO/DIREZIONE DISTRETTO

------------------------------------------------