|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| STRUTTURA S.C. ------------------------ |  |
| |  | | --- | | **MODULO PER APERTURA** | |  |
| |  | | --- | |  | |  |
| **MODIFICA MOTIVO……………………………..** |  |
|  |  |
|  |  |
| **Informazioni richieste** | |
| **LUOGO DI EROGAZIONE** |  |
| **NOME AGENDA /AMBULATORIO** |  |
| **Nome e Cognome dello specialista erogatore della prestazione**  (indicare se dipendente, sumaista) |  |
| **Disponibile a cup, ovvero autogestita, ovvero accesso diretto…..** |  |
| **tipologia di utenti /se interna o per esterni** (es. se dedicata ad alcune classi di priorità, se dedicata a particolari quesiti diagnostici, età, ecc...) |  |
| **giorno e orario di apertura** |  |
| **tipologia di prestazioni erogate**  (es. prima visita, controllo, ecc...) |  |
| **n.prestazioni** |  |
| **suddivisione oraria**  (es. numero prime visite ogni ora,numero controlli ogni ora, ecc..) | LUNEDI' DALLE ORE ------------- ALLE ORE ------- N. ……. PASSAGGI |
| MARTEDI' DALLE ORE ---------- ALLE ORE ----- N. ……. PASSAGGI |
| MERCLEDI' DALLE ORE ---------------- ALLE ORE N. …… PASSAGGI |
| GIOVEDI' DALLE ORE-------------- ALLE ORE -- N. PASSAGGI |
| VENERDI'DALLE ORE ---------------- ALLE ORE ------ N. PASSAGGI |
| SABATO DALLE ORE ---------------- ALLE ORE ------- N. PASSAGGI |
| **suddivisione per classi di priorità U B D P** |  |
| **operatori che possono agire sull'agenda** ( es. cup, operatori CAS, coordinatori Servizio, ecc...) |  |
| **avvertenze particolari da includere nella prenotazione** |  |
| data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA ………………………………………………………………… |
|  | FIRMA RESPONSABILE DMO/ DISTRETTO DI………………………………………………………………. |