

**MODULO PER LA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOSPENSIONE
DELL'ATTIVITA' DI PRENOTAZIONE**

AZIENDA ASLTO 4

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

Data _____

FIRMA RESPONSABILE S.C./S.S.

FIRMA DMO/DIREZIONE DISTRETTO
