

**MODULO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE
SINGOLE O MULTIPLE SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE**

REGIONE _____ Azienda n. _____ Dott. _____

Prestazioni autorizzate dalla Azienda ed eseguite in favore dell'assistito:

Sig. _____

via _____ città _____ Cod. Reg. _____

Tipo di prestazione effettuata: _____

n. progr.	Data di esecuzione	Firma dell'assistito
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Data _____