

Al Direttore Distretto Sanitario di Base di Agrigento
SEDE

COMUNICAZIONE VARIAZIONE ORARIO APERTURA STUDIO MEDICO

Il Sottoscritto Dr. _____ nato il _____,
nella qualità di _____ C.R. _____ ,
comunica che a far data dal _____ osserverà i seguenti
orari di apertura presso i __propr__ stud__.

1° Studio Via _____ n. _____ Comune _____

LUNEDI' dalle ore _____ alle ore _____ /dalle ore _____ alle ore _____
MARTEDI' dalle ore _____ alle ore _____ /dalle ore _____ alle ore _____
MERCOLEDI' dalle ore _____ alle ore _____ /dalle ore _____ alle ore _____
GIOVEDI' dalle ore _____ alle ore _____ /dalle ore _____ alle ore _____
VENERDI' dalle ore _____ alle ore _____ /dalle ore _____ alle ore _____

2° Studio Via _____ n. _____ Comune _____

LUNEDI' dalle ore _____ alle ore _____ /dalle ore _____ alle ore _____
MARTEDI' dalle ore _____ alle ore _____ /dalle ore _____ alle ore _____
MERCOLEDI' dalle ore _____ alle ore _____ /dalle ore _____ alle ore _____
GIOVEDI' dalle ore _____ alle ore _____ /dalle ore _____ alle ore _____
VENERDI' dalle ore _____ alle ore _____ /dalle ore _____ alle ore _____

Agrigento, lì _____

TIMBRO E FIRMA