

**PRESTAZIONI ESCLUSE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA SOTTOSCRIZIONE DI
CONVENZIONI CON STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE PER L'EROGAZIONE DI
PRESTAZIONI RADIOLOGICHE E NEUROLOGICHE DI CLINICA E DIAGNOSTICA
STRUMENTALE AI FINI MEDICO LEGALI**

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome)

In qualità di legale rappresentante pro tempore della _____

nato/a a _____ (____) il _____

domiciliato per la carica nel comune di _____ prov. _____

(via, piazza) _____ tel /cell _____

E-mail _____ con ambulatorio / studio (indicare tutte le sedi)

In via _____ nel comune di _____ prov _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

con riferimento alla domanda per quanto indicato in oggetto

DICHIARA

di voler escludere dalle prestazioni erogate le seguenti

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE

ovvero, in alternativa:

nessuna esclusione.

In fede

_____ Timbro e Firma leggibile

(luogo, data) _____