



REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

P.I./C.F.: 00349040287

CENTRO CLINICO AMBULATORIALE  
"MODENA"

*Da trasmettere al fax n. 049/8211610*

## MODULO DISDETTA PRENOTAZIONI IN LIBERA PROFESSIONE

*Il presente modulo va compilato in stampatello in tutti i campi e firmato in modo leggibile*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_

---

Con la presente comunico la disdetta della prenotazione  
in Libera Professione

fissata con il Dr./Prof. \_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_