

AOU POLICLINICO G. MARTINO

Rilevazione sospensione delle attività di erogazione

U.O di _____

Anno di riferimento _____ Semestre: 1° 2°

Prestazione oggetto di sospensione (vedi allegato)

Cod. Prest. _____ Descrizione _____

Durata della sospensione:

- ≥ 2 giorni e ≤ 7 giorni solari
- > 7 giorni solari

Causali sospensioni:

- Inaccessibilità struttura
- Guasto Macchina
- Indisponibilità del personale
- Indisponibilità materiale/dispositivi

Firma e timbro del Direttore