



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE D'AOSTA

11100 AOSTA - VIA GUIDO REY, 1 - TEL. 0165 544454

## SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE FOGLIO FIRMA PRESENZE

SEDE DI \_\_\_\_\_

MESE E ANNO \_\_\_\_\_

GG.	NOMINATIVO DEL MEDICO IN TURNO (in stampatello)	DIURNO		NOMINATIVO DEL MEDICO IN TURNO (in stampatello)	NOTTURNO 20,00 -8,00
		8,00/10,00 -14,00	14,00 -20,00		
		firma leggibile del medico in turno		firma leggibile del medico in turno	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

firma del referente distrettuale di C.A.

\_\_\_\_\_

IL PRESENTEFOGLIO FIRME DEVE ESSERE RESTITUITO - ENTRO IL GIORNO 5 DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DI RIFERIMENTO - ALL'UFFICIO

CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI - DELLA DIREZIONE DI AREA TERRITORIALE - ANCHE VIA FAX 0165 544565 DA PARTE DEL REFERENTE DISTRETTUALE



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE D'AOSTA  
11100 AOSTA - VIA GUIDO REY, 1 - TEL. 0165 544454

**SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**  
**PROSPETTO MENSILE DI LIQUIDAZIONE**

**DOTTORE** \_\_\_\_\_

SEDE DI \_\_\_\_\_

MESE E ANNO \_\_\_\_\_

GG. MESE	TURNO DI 6 ORE	PREFESTIVO 10 ORE	TURNO DI 12 ORE		ORE AGGIUNTIVE
	DIURNO	DIURNO	DIURNO	NOTTURNO	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
TOTALE					

IL DIRETTORE DI DISTRETTO

IL MEDICO (timbro e firma)

IL PRESENTE PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE PARTI E CONSEGNATO - ENTRO IL GIORNO 5 DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DI RIFERIMENTO - ALL'UFFICIO CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI - DELLA DIREZIONE DI AREA TERRITORIALE - ANCHE VIA FAX 0165 544565





**SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE AI  
CITTADINI NON ISCRITTI AL SSR**

**RENDICONTAZIONE DELLE QUIETANZE RILASCIATA ALL'UTENTE**

relative al mese di \_\_\_\_\_

DISTINTE DI VERSAMENTO	NUMERO	IMPORTO
ATTO RIPETITIVO euro 10,00		
VISITA AMBULATORIALE euro 25,00		
VISITA DOMICILIARE euro 50,00		
	<b>TOTALE EURO</b>	

QUIETANZE NON PAGATE AL MEDICO	NUMERO	IMPORTO
ATTO RIPETITIVO euro 10,00		
VISITA AMBULATORIALE euro 25,00		
VISITA DOMICILIARE euro 50,00		
	<b>TOTALE EURO</b>	

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma e timbro)

**Allegate al presente prospetto:**

- a) le distinte di versamento rilasciate dalla tesoreria dell'Azienda USL**
- B) le quietanze rilasciate all'utente**



**SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE AI  
CITTADINI NON ISCRITTI AL SSR**

**RENDICONTAZIONE DELLE QUIETANZE RILASCIATA ALL'UTENTE**

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ cod.regionale \_\_\_\_\_

in qualità di medico convenzionato di Continuità assistenziale

**DICHIARO**

di **NON AVER EROGATO** visite occasionali di cui all'art. 7 della DGR 359/2016

nel corso del mese di \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma e timbro)

Il prospetto dovrà essere restituito - **entro il giorno 5 del mese successivo a quello di riferimento** -  
all'Ufficio Convenzioni Uniche Nazionali della Direzione di Area Territoriale, anche via fax **0165-544565**



**MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

<b>PROSPETTO LIQUIDAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DI CUI ALL' ACN N. 2272 APPROVATO IL 23/03/2005</b>		mese e anno di riferimento _____	
DOTT. _____		Codice medico _____	
<b><u>PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE</u></b>		<b>CODICE PRESTAZIONE</b>	<b>NUMERO PRESTAZIONI ESEGUITE NEL MESE</b>
1)	Prima medicazione (*)	05028	
2)	Sutura di ferita superficiale	05033	
3)	Successive medicazioni	05038	
4)	Rimozione di punti di sutura e medicazione	05040	
5)	Cateterismo uretrale nell'uomo	05045	
6)	Cateterismo uretrale nella donna	05050	
7)	Tamponamento nasale anteriore	05055	
8)	Fleboclisi unica (eseguibile in caso di urgenza)	05060	
9)	Lavanda gastrica	05555	
10)	Iniezioni di gammaglobuline o vaccinazione antitetanica	05065	
11)	Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**)	05070	
12)	Tampone faringeo: prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili)	05057	
13)	Visita occasionale ambulatoriale (cittadini stranieri)	00519	
14)	Visita occasionale domiciliare (cittadini stranieri)	00518	

data, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

(\*) Per prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata.  
In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

(\*\*) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.

**N.B.** La presente distinta deve essere inviata entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento, all'Ufficio  
**CONVENZIONI NAZIONALI UNICHE** della Direzione di Area Territoriale - Via G. Rey 1 Aosta -  
fax 0165/ 544565



**PRESTAZIONI AGGIUNTIVE - SCHEDA ASSISTITO**  
 di cui all' A.C.N. n. .2272 approvato il 23/03/2005 e s.m.i  
 art. 5 Accor. Reg.le DGR 929 del 22 aprile 2011

Il Dott. \_\_\_\_\_

Dichiara di aver prestato in data \_\_\_\_\_

All'assistito \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

barrare la casella interessata:

DOMICILIO

STRUTTURA

AMBULATORIO

La seguente prestazione:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

\_\_\_\_\_

Per ricevuta della prestazione sopra indicata

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito

\_\_\_\_\_



**PRESTAZIONI AGGIUNTIVE - SCHEDA ASSISTITO**  
 di cui all' A.C.N. n. .2272 approvato il 23/03/2005 e s.m.i  
 art. 5 Accor. Reg.le DGR 929 del 22 aprile 2011

Il Dott. \_\_\_\_\_

Dichiara di aver prestato in data \_\_\_\_\_

All'assistito \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

barrare la casella interessata:

DOMICILIO

STRUTTURA

AMBULATORIO

La seguente prestazione:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

\_\_\_\_\_

Per ricevuta della prestazione sopra indicata

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito

\_\_\_\_\_

**REGISTRO RIFORNIMENTI**

**TARGA MEZZO**

**STRUTTURA COMPETENTE**

DATA	ORA	KM	LITRI CARBURANTE	LITRI LUBRIFICANTE	ACCESSORI (*)	NOME LEGGIBILE DEL PRELEVANTE	FIRMA DEL PRELEVANTE

(\*) ACCESSORI: SPECIFICARE (SPAZZOLE, LIQUIDO LAVAVETRI, LAMPADINE, ECC,)

**FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA**