

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
**(Parte integrante dell'allegato L )**

Il sottoscritto Dott. \_ssa\_\_\_\_\_ HASKAJ JONIDA \_\_\_\_\_  
Cod.Reg. \_\_\_\_\_

Telefono n° \_3246978667\_\_\_\_\_

- Medico Convenzionato
- Medico Convenzionato in rete
- Medico Convenzionato in gruppo

**1° AMBULATORIO**

Indirizzo Città: \_\_\_FENEGRO'\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_PIAZZA CADUTI FENEGROLESI\_\_n°\_1\_\_\_\_\_ Tel. N° \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_031935390\_\_\_\_\_

**ORARIO AMBULATORIALE**

	<b>MATTINA</b>		<b>POMERIGGIO</b>	
<b>LUNEDI'</b>	dalle ___9:00_____	alle ___12:00_____	dalle _____	alle _____
*	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
<b>MARTEDI'</b>	dalle _____	alle _____	dalle ___16:00_____	alle ___19:00_____
*	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
<b>MERCOLEDI'</b>	dalle ___9:00_____	alle ___12:00_____	dalle _____	alle _____
*	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
<b>GIOVEDI'</b>	dalle _____	alle _____	dalle ___15:00_____	alle ___18:00_____
*	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
<b>VENERDI'</b>	dalle ___9:00_____	alle ___12:00_____	dalle _____	alle _____
*	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
<b>SABATO</b>	dalle ___9:00_____	alle ___12:00 (a rotazione)		
*	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____

\* sulla seconda riga indicare l'orario su appuntamento

CONTATTO TELEFONICO PER APPUNTAMENTI: \_\_\_031935390\_\_\_ DALLE \_\_\_8:00\_ ALLE 12:00 e  
DALLE 17:30-18:30.\_\_\_\_\_