



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA

(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)



Modulo Aziendale Gestionale	MAG 100
ATTESTAZIONE TERAPIE SALVAVITA ED EFFETTI COLLATERALI	Rev. 0 del 02/09/2019 Pagina 1 di 1

UOC

SI CERTIFICA

il/la sig./ra

nato/a

il

nel mese di

ha effettuato **terapia salvavita (TS)** / risulta affetto da esiti di
effetti collaterali relativi a terapia salvavita (EC) secondo il seguente calendario (*inserire una X
nella colonna corretta*):

data	TS	EC
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		

data	TS	EC
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

data	TS	EC
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

Verona, lì

Il medico

(timbro e firma leggibile)

Il presente modulo deve essere inviato all'UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università –Area Presenze Assenze via mail (orari.medici@aovr.veneto.it) oppure in busta chiusa unitamente a copia del documento di identità (per info: 045/8121671).