

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

Il sottoscritto Dott. SILVANO MICIELI _____ Cod.Reg. _____
Telefono personale 3347736636

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

1° AMBULATORIO

Indirizzo Città: UGGIATE TREVANO CAP 22029

Via Matteotti n° 31

Telefono Segretaria n° 339.63.21.168 - Medico 3519480455

ORARIO AMBULATORIALE

	MATTINA	POMERIGGIO
LUNEDI'	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
*	dalle _____ alle _____	dalle 15.30 alle 18.30
MARTEDI'	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
*	dalle 8.00 alle 12.00	dalle _____ alle _____
MERCOLEDI'	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
*	dalle _____ alle _____	dalle 15.30 alle 18.30
GIOVEDI'	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
*	dalle _____ alle _____	dalle 15.30 alle 18.30
VENERDI'	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
*	dalle 8.00 alle 11.00	dalle _____ alle _____
SABATO	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____

_____ * dalle _____ alle _____ dalle _____
alle _____

* sulla seconda riga indicare l'orario su appuntamento

CONTATTO TELEFONICO PER APPUNTAMENTI: 339.63.21.168 DALLE
8.00 ALLE 10.00

2° AMBULATORIO

Indirizzo Città:

_____ CAP

Via _____ n° _____ Tel. N°

ORARIO AMBULATORIALE

POMERIGGIO

MATTINA

LUNEDI' dalle _____ alle _____ dalle _____ alle

* dalle _____ alle _____ dalle _____
alle _____

MARTEDI' dalle _____ alle _____ dalle _____ alle

* dalle _____ alle _____ dalle _____
alle _____