

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

Il sottoscritto Dottor ORLANDI EDGARDO CARLO Cod.Reg.

Telefono n° 3396321168

Medico Convenzionato in gruppo

1° AMBULATORIO

Indirizzo Città UGGIATE TREVANO CAP 22029

Via MATTEOTTI n° 31/D Tel. N° 3396321168

ORARIO AMBULATORIALE

	MATTINA		POMERIGGIO	
LUNEDI'	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
*	dalle <u>10⁰⁰</u>	alle <u>13⁰⁰</u>	dalle <u>16⁰⁰</u>	alle <u>19⁰⁰</u>
MARTEDI'	dalle 10⁰⁰	alle 13⁰⁰	dalle _____	alle _____
*	dalle <u>10⁰⁰</u>	alle <u>13⁰⁰</u>	dalle _____	alle _____
MERCOLEDI'	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
*	dalle <u>10⁰⁰</u>	alle <u>13⁰⁰</u>	dalle _____	alle _____
GIOVEDI'	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
*	dalle _____	alle _____	dalle <u>16⁰⁰</u>	alle <u>19⁰⁰</u>
VENERDI'	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
*	dalle <u>10⁰⁰</u>	alle <u>13⁰⁰</u>	dalle _____	alle _____
SABATO	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____
*	dalle _____	alle _____	dalle _____	alle _____

* sulla seconda riga indicare l'orario su appuntamento

CONTATTO TELEFONICO PER APPUNTAMENTI: 3396321168 DALLE 8 ALLE 9.30