

Dichiarazione

relativa all'autorizzazione di uno specialista alla fatturazione di prestazioni ambulatoriali neuropsicologiche AINF / AM / AI

(La presente dichiarazione deve essere ripresentata alla Segreteria CPF se la situazione lavorativa cambia)

Inviare a: **E-Mail:** neuropsychologie-hin@psychologie.ch
Segreteria AINF
c/o FSP
CPF-Neuropsicologia
Effingerstrasse 20
3003 Berna

Nome e indirizzo dell'istituzione (ospedale, istituto, studio privato)	
Nome dell'istituzione	
Via	
NPA/luogo	
Telefono	
E-mail	

Dati personali del titolare/dei titolari di un'autorizzazione a fatturare prestazioni neuropsicologiche				
Responsabile neuropsicologia		Altri specialisti		
Cognome				
Nome				
Certificati professionali *				
Tasso d'occupazione				
E-mail				

* p.f. allegare copie dei documenti. Se la situazione non è cambiata rispetto all'anno precedente non è necessario allegare i diplomi.

Luogo, data:

Firma del/della responsabile dell'istituto / del studio:

.....

.....