

# SCHEDA RIEPILOGATIVA PRESENZE

DEL MESE DI \_\_\_\_\_

SOC MMG e  
Continuità assistenziale



Dott. \_\_\_\_\_

Specificare qui di seguito il tipo di attività svolta dal medico, ovvero **ATTIVITÀ ORARIA PROGRAMMATA O MEDICINA DEI SERVIZI**

| GG | ORARIO    |          | FIRMA DEL MEDICO | SEDE DI SERVIZIO | KM |
|----|-----------|----------|------------------|------------------|----|
|    | dalle ore | alle ore |                  |                  |    |
| 1  |           |          |                  |                  |    |
| 2  |           |          |                  |                  |    |
| 3  |           |          |                  |                  |    |
| 4  |           |          |                  |                  |    |
| 5  |           |          |                  |                  |    |
| 6  |           |          |                  |                  |    |
| 7  |           |          |                  |                  |    |
| 8  |           |          |                  |                  |    |
| 9  |           |          |                  |                  |    |
| 10 |           |          |                  |                  |    |
| 11 |           |          |                  |                  |    |
| 12 |           |          |                  |                  |    |
| 13 |           |          |                  |                  |    |
| 14 |           |          |                  |                  |    |
| 15 |           |          |                  |                  |    |
| 16 |           |          |                  |                  |    |
| 17 |           |          |                  |                  |    |
| 18 |           |          |                  |                  |    |
| 19 |           |          |                  |                  |    |
| 20 |           |          |                  |                  |    |
| 21 |           |          |                  |                  |    |
| 22 |           |          |                  |                  |    |
| 23 |           |          |                  |                  |    |
| 24 |           |          |                  |                  |    |
| 25 |           |          |                  |                  |    |
| 26 |           |          |                  |                  |    |
| 27 |           |          |                  |                  |    |
| 28 |           |          |                  |                  |    |
| 29 |           |          |                  |                  |    |
| 30 |           |          |                  |                  |    |
| 31 |           |          |                  |                  |    |