MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI
ALTRE PROFESSIONALITÀ

SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

RIUNIONE AZIENDALE BRANCA _____

PRESSO IL PRESIDIO DI _____ IL GIORNO _____

Nominativo	**Ora entrata**	**Firma** specialista/professionista	**Ora uscita**	**Firma** specialista/professionista

Data _____

Timbro e firma del Responsabile

_____