

# SCHEDA RIEPILOGATIVA PRESENZE MEDICO CON INCARICO TEMPORANEO

Specialistica ambulatoriale  
convenzionata interna



Copertura turno vacante [ ] Sostituzione titolare assente [ ]

Presidio \_\_\_\_\_ Mese di \_\_\_\_\_

BRANCA SPECIALISTICA \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ Cod. Reg. \_\_\_\_\_

GG	ORARIO		Cognome e nome dello specialista	Firma del medico		K.M.
	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						

Timbro e firma del Responsabile sanitario