AZIENDA
UNITA' SANITARIA
LOCALE N°5
MESSINA

U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
Distretto di _____

ATTIVITA' DI PLUS ORARIO EFFETTUATA DAI MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(da allegare al foglio firma delle presenze mensili)

Dott. _____ *Presidio di C.A. _____*

Riepilogo delle attività effettuate nel mese di _____ Anno _____ Totale ore effettuate _____

Giorno	***Tipologia attività***	***Luogo dell'attività***	***N° Prestazioni effettuate***	***Orario***	

Il Dirigente Medico AUSL ***Il Medico di C.A.***

……. …….