







**N. TOTALE DI ORE DI SERVIZIO (GUARDIA ATTIVA) PRESTATE DA CIASCUN MEDICO**

COGNOME E NOME	N. DISTINTIVO (matricola)	N. ORE DI SERVIZIO EFFETTUATO	FIRMA (leggibile)

TOTALE PRESTAZIONI  
EFFETTUATE N.

DI CUI PROPOSTE DI  
RICOVERO N.

**N. TOTALE DI ORE DI ATTIVITA' DI PLUS ORARIO PRESTATE DA CIASCUN MEDICO**

COGNOME E NOME	N. ORE DI PLUS ORARIO PRESTATE	FIRMA (leggibile)

*Si allega riepilogo dettagliato dell'attività di PLUS ORARIO effettuata da ciascun medico del Presidio.*

Visto Il Dirigente Medico ASP 5

---