



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.

.....

.....