AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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 di coordinamento 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.

……