SCHEDA RIEPILOGATIVA PRESENZE

DEL MESE D	l

SOC MMG e	SST Azienda
Continuità asssitenziale	Toscana
	Servizio Sanitario della Tos

Dott			

Specificare qui di seguito il tipo di attività svolta dal medico, ovvero ATTIVITÀ ORARIA PROGRAMMATA O MEDICINA DEI SERVIZI

Column C		ORARIO			CEDE DI CEDITATIO	160.4
2 3 3 4 4 4 5 6 7 7 8 9 10 11 11 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 21 22 23 24 24 25 26 27 28 29 30 0	GG	dalle ore	alle ore	FIRMA DEL MEDICO	SEDE DI SERVIZIO	KM
3 4 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1					
4 5 5 6 7 8 8 9 10 11 12 13 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	2					
5 6 7 8 8 9 10 11 12 13 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	3					
6 7 8 9 10 11 12 13 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	4					
7 8 9 9 10 11 11 12 13 14 15 16 17 18 19 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 9	5					
8 9 10 11 11 12 13 14 15 16 17 18 19 19 20 21 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	6					
9	7					
10 11 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	8					
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	9					
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	10					
13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	11					
14 15 16 17 18 19 20 21 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	12					
15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	13					
16 17 18 19 20 21 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	14					
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	15					
18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	16					
19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	17					
20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	18					
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	19					
22 23 24 25 26 27 28 29 30	20					
23 24 25 26 27 28 29 30	21					
24	22					
25 26 27 28 29 30	23					
26 27 28 29 30	24					
27 28 29 30	25					
28 29 30	26					
29 30	27					
30	28					
	29					
31	30					
	31					TPX 4044