

FOGLIO PRESENZA E DEL LAVORO STRAORDINARIO

SOC Pediatri di famiglia e
Specialistica ambulatoriale



dr./ssa _____

MEDICINA DEI SERVIZI

DISTRETTO _____ PRESIDIO DI _____

MESE DI _____ ANNO _____

PRESENZE GIORNALIERE

DATA	FIRMA ENTRATA	ORA	FIRMA USCITA	ORA	NOTE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Il Responsabile del Servizio _____