



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Dipartimento _____
Servizio _____
PROT.: _____

All'ufficio Rilevazione Presenze
della sede di.....

OGGETTO: GUARDIE/REPERIBILITÀ
(cancellare la voce che non interessa)

MESE _____ ANNO _____

DATA	ORA INIZIO	ORA FINE	MATICOLA	NOME COGNOME DIPENDENTE

_____, _____
luogo e data

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA
