ALLEGATO A

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA

MEDICO COMPETENTE - RENDICONTAZIONE ATTIVITA'

MESE DI: _____

Professionista Nome e Cognome	Data accesso	Dalle ore	Alle ore	Numero Unità sottoposte a visita	Firma Professionista

timbro e firma del Centro

_____