



*ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO*

*Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228*

**Marca da
bollo
Euro 16,00**

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento:

FREQUENZA VOLONTARIA:

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE DI PARTECIPARE

per il periodo dal.....al.....presso l'Unità Operativa di.....
ospedale/presidio di
Nome e cognome del medico/odontoiatra Tutor.....
Data e luogo di nascita Tutor.....
Qualifica Tutor.....
Recapiti e contatti Tutor.....

a titolo gratuito **e senza che ciò comporti alcuna attività lavorativa autonoma o subordinata,**

al percorso formativo di **FREQUENZA VOLONTARIA** per approfondimento teorico pratico nell'ambito della formazione ECM concordato tra Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento e APSS

A tal fine consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del DPR. 28/12/2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base a una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera

DICHIARA:

(barrare solo le voci che interessano)

- di essere nato/ail.....
- di essere residente a in via
telcellulare.....e-mail.....
- di non aver riportato condanne penali
- di avere riportato le seguenti condanne penali:.....
.....

- di essere in possesso del seguente titolo di studio.....
conseguito presso in data.....
- di essere abilitato all'esercizio della professione con esame di Stato sostenuto presso.....
.....in data
- di aver conseguito diploma di specializzazione in
presso.....in data.....
- di essere iscritto all'Ordine Professionale:.....
della Provincia didal..... al.....
al n.
- essere in possesso di polizza assicurativa per responsabilità professionale n.
stipulata con l'Istituto Primario di Assicurazione Agenzia di
.....(indicare l'indirizzo)
la polizza decorre dal scade il
- Il massimale assicurato è di Euro _____ per _____**
- di essere in possesso di polizza assicurativa per infortuni n.stipulata con
l'Istituto Primario di Assicurazione.....Agenzia di
.....(indicare l'indirizzo)
la polizza decorre dal scade il
- I massimali coperti dalla polizza sono:**

morte	€
invalidità permanente	€
- che la/e copia/e dei titoli allegata/e alla presente dichiarazione e contraddistinta/e con i numeri da.....
a è/sono conforme/i all'/agli originale/i.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare tutte le norme contenute nella convenzione stipulata tra Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento e APSS in data, con deliberazione n. del, pubblicata in, nonché quelle concernenti l'organizzazione della/e Unità Operativa/e frequentata/e, anche ai fini delle norme sulla sicurezza sul lavoro.

In particolare ne sottoscrive espressamente per presa visione ed accettazione i punti: 1 (Destinatari), 2 (Modalità e contenuti), 3 (Durata), 6.4 (Attivazione e Frequenza), 7 (Crediti Formativi), 8 (Obblighi dei Frequentatori), 9 (Sospensione), 10 (Obblighi di sicurezza) e 11 (Coperture Assicurative) della predetta convenzione, allegati alla presente richiesta (ALLEGATO 1)

Sottoscrive, altresì per presa visione, l'informativa relativa alla copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi e per infortuni (ALLEGATO 2)

Dichiara di aver ricevuto il documento di registrazione per la rilevazione della frequenza anche ai fini del riconoscimento dei crediti formativi, come previsto dal punto 7 della Convenzione (ALLEGATO 3).

Chiede infine che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo:

sig.
Via n.
C.A.P. Comune Provincia
tel.

Qualora la presente dichiarazione non venisse firmata davanti al Funzionario addetto a ricevere la documentazione, perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, dovrà essere allegata una copia fotostatica, anche non autentica, di un documento d'identità in corso di validità.

NOTA BENE

L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità per errori, inesattezze o incompletezza dei dati indicati, che potranno comportare conseguenze negative a livello di certificazione della frequenza.

L'Azienda utilizzerà i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (GDPR 679/16 e D. Lgs. 30 giugno 2003 n.196 "codice in materia di protezione dei dati personali").

IL MEDICO/ODONTOIATRA SI IMPEGNA A COMUNICARE LA DATA DI CESSAZIONE EFFETTIVA DELLA FREQUENZA E A CONSEGNARE IL QUESTIONARIO NECESSARIO PER IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI ECM (I CREDITI SONO RICONOSCIUTI PER UN PERIODO DI FREQUENZA MINIMA DI DUE MESI).

Luogo e data _____

(Firma per esteso e leggibile)

ALLEGATI COME DA TESTO

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Trento, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nella domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che Le è stata consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il sottoscritto dott....., presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Il sottoscritto.....incaricato, ATTESTA ai sensi dell'art. 30 del T.U. D.P.R. 445/2000, che l'istanza:

- è stata presentata personalmente dal sottoscrittore identificato con documento
- è stata presentata, corredata da copia del documento di identità valido del sottoscrittore, dal sig. identificato con documento
- è pervenuta a mezzo posta corredata di copia del documento di identità valido del sottoscrittore.

Data _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

ALLEGATO 1– CONVENZIONE



Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

CONVENZIONE

**PER PERCORSI FORMATIVI SECONDO L'ART.5 DEL REGOLAMENTO APPROVATO CON
DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI
SANITARI DI TRENTO IN DATA 23 DICEMBRE 2014 N. 485
rinnovata con delibera 452/2019 del 8 agosto 2019**

tra

l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento, con sede legale in via V. Zambra n. 16- 38121 Trento in persona del Presidente e legale rappresentante protempore dott. Marco Ioppi nato ad Arco (TN) il 14/07/1946 (di seguito "Ordine")

e

l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, in persona del legale Rappresentante Direttore Generale dott. Paolo Bordon nato a Rovigo il 01/06/1961 (di seguito "APSS" o "Azienda")
per la definizione delle modalità di svolgimento delle frequenze promosse a favore degli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento presso le Unità Operative ospedaliere e territoriali dell'APSS nell'ambito di programmi di *Formazione Continua in Medicina*, di cui all'Accordo Stato, Regioni e Province Autonome del 02 febbraio 2017 e in attuazione degli "Indirizzi per la formazione continua obiettivi provinciali" di cui a Piano Triennale della Formazione degli operatori del Sistema Sanitario Provinciale (Delibera n. 1914 del 16 novembre 2017)

OGGETTO:

Viste le finalità istituzionali dell'Ordine ai sensi del D.lgs.C.P.S. n. 233 del 13 settembre 1946 art. 3; visto l'art. 1 Regolamento APSS Tirocinio e Frequenze Reg. delib. N. 485/2014, l'Accordo Stato, Regioni e Province Autonome del 02 febbraio 2017 in merito alla formazione continua in medicina e la qualità di *Provider* rivestita dall'Ordine stesso, conseguita con determinazione del Dirigente del Servizio Politiche Sanitarie e per la non autosufficienza della Provincia Autonoma di Trento n. 100/2013, questo Ordine intende promuovere, negli ambiti di propria competenza (cfr. punto 3), un percorso formativo di carattere teorico pratico, nella forma della frequenza, presso le unità operative ospedaliere e territoriali dell'APSS di Trento, a vantaggio dei soggetti di seguito indicati (cfr. punto 2).

In relazione al percorso formativo di carattere *teorico pratico*, si precisa che con "*carattere pratico*" si intende l'attività di osservazione dei casi pratici ed il loro approfondimento teorico. E' esclusa ogni attività pratica medica e sul paziente.

1. DESTINATARI

1.1 Destinatari dei percorsi di formazione nella forma della frequenza, oggetto della presente convenzione, sono i professionisti abilitati all'esercizio della professione e in attesa di occupazione, iscritti all'Albo professionale con preferenza, salvo disponibilità di posti, per gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi o degli Odontoiatri della Provincia di Trento.

1.2 La partecipazione ai percorsi di formazione è volontaria, non retribuita e non costituisce attività di natura lavorativa.

2. MODALITA' E CONTENUTI

2.1 Il percorso formativo in oggetto si svilupperà, attraverso *frequenza*, sulla base di un progetto di formazione condiviso tra soggetto promotore (Ordine dei Medici), e soggetto ospitante (APSS), sotto la supervisione dei *tutor* aziendali assegnati.

2.2 Al fine di offrire ai frequentatori un osservatorio privilegiato dei casi pratici, il percorso formativo sarà articolato negli ambiti di seguito indicati e comprenderà i seguenti punti:

- a) Sviluppo di competenze relazionali nell'ambito del team di U.O./Servizio individuati, per apprendere capacità in ordine a:
- costruzione relazione medico-medico secondo dettami della colleganza
 - comunicazione tra tutte le figure professionali incaricate del processo di cura
 - conoscenza dei protocolli di riferimento in uso nella U.O./Servizio
 - accuratezza nella raccolta di anamnesi
 - conoscenza degli adempimenti documentali e correttezza nella loro compilazione
- b) Sviluppo di competenze di relazione di cura nel rapporto medico paziente:
- costruzione della relazione medico paziente
 - capacità di ascolto
 - conoscenza delle disposizioni sulla *privacy* e sulla raccolta del consenso
 - correttezza della gestione delle informazioni acquisite
- c) Sviluppo competenza relazionale e misurazione del risultato, nel rapporto con il *tutor*:
- sviluppo di attitudine al confronto ed ottimizzazione delle indicazioni disposte nell'ambito del tutoraggio
 - approfondimento di tematiche emergenti
 - impegno nella frequenza
- d) Approfondimento finalizzato ad una migliore acquisizione delle competenze di cui ai precedenti punti a), b) e c), attraverso osservazione di casi pratici, sotto il coordinamento del *tutor* aziendale (cfr. successivo punto 5).

3. DURATA

3.1 I singoli percorsi formativi avranno una durata massima di 6 mesi e saranno comprensivi di momenti teorici (workshop – seminari), sessioni tutoriali di briefing e de briefing, discussioni di casi ed esperienze effettive in clinica.

3.2 Ciascun medico potrà svolgere un solo percorso formativo.

4. TUTOR

4.1 I *tutor* aziendali saranno individuati tra i professionisti con esperienza nella formazione, già inclusi negli elenchi dei medici formatori nell'ambito di attività di tirocinio per le Specializzazioni, la Formazione Specifica in Medicina Generale ed i Tirocini *Post Lauream* per gli esami di abilitazione alla professione di medico chirurgo.

4.2 I *tutor* aziendali potranno, comunque, essere chiamati alla frequenza di un corso formativo specifico sulle competenze tutoriali, oggetto della presente convenzione, al fine di uniformare le procedure valutative ed adeguare gli obiettivi formativi evidenziati alle peculiarità delle diverse Unità Operative/Servizi rappresentati.

4.3 Per gli incarichi di *tutor* non è previsto un corrispettivo economico ma un riconoscimento in termini di crediti formativi ECM misurati su impegno mensile indipendente dal conseguimento dell'obiettivo formativo da parte del frequentatore.

4.4 L'Azienda si impegna a tenere aggiornato un apposito albo dei *tutor*, *tale qualifica sarà acquisita* nel curriculum delle competenze professionali dei soggetti interessati.

4.5 Il *tutor* ha l'onere di controllare le modalità di attuazione della frequenza, con cadenza quantomeno settimanale, vigilando sull'esatto adempimento dei termini della convenzione, anche al momento della firma del registro presenze, chiedendo al frequentatore – di volta in volta - una relazione orale dell'attività svolta. Il *tutor* è altresì, tenuto a segnalare tempestivamente all'Ordine ogni inadempimento da parte del frequentatore, rispetto al percorso formativo oggetto della presente convenzione.

4.6 Eventuali violazioni o inadempimenti degli obblighi sopra indicati in capo ai *tutor* potranno essere valutate e perseguite dalla competente commissione di disciplina ordinistica.

5. DOMANDA DI AMMISSIONE E PERCORSO FORMATIVO

5.1 Il numero di percorsi formativi attivabili, nella forma della frequenza, viene definito periodicamente dall'APSS attraverso il Tavolo della Programmazione dell'offerta formativa e comunicato all'Ordine. L'Ordine, a sua volta, cura la diffusione della offerta formativa ai propri iscritti.

5.2 La domanda per l'ammissione al percorso formativo oggetto della presente convenzione andrà rivolta all'Ordine e dovrà essere presentata, in bollo, ai sensi della normativa vigente almeno 30 giorni prima dell'inizio della frequenza richiesta per garantire le procedure preliminari all'accesso.

In caso di domande superiori ai posti disponibili, l'Ordine assicura la selezione in base al criterio cronologico di presentazione della domanda.

5.3 Nella domanda di ammissione dovranno essere indicati le generalità, i titoli di studio posseduti e gli estremi della polizza RC professionale del richiedente, nonché di quella per infortuni (cfr. punto 12), che andranno allegate alla domanda, costituendo ciò prerequisito per l'ammissione alla frequenza.

5.4 L'Ordine, valutate le richieste, autorizza la frequenza.

6. ATTIVAZIONE DELLA DOMANDA DI FORMAZIONE

6.1 A seguito dell'autorizzazione di cui al punto precedente, le domande saranno inoltrate all'Azienda per l'assegnazione del tutor disponibile a seguire il progetto formativo.

6.2 Le preferenze espresse dai richiedenti saranno subordinate all'acquisizione da parte del Servizio Tirocini e Stage del parere dei Responsabili delle Unità Operative/Servizi sedi della frequenza e, secondo competenza, dei Direttori Ospedalieri/di Presidio/di Distretto.

6.3 L'attivazione della frequenza è comunicata dal Responsabile aziendale all'Ordine e, ai fini di cui al D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, al Direttore della struttura sede della frequenza.

6.4 In assenza della formale attivazione alla frequenza, è fatto divieto ai frequentatori di accedere alle strutture sanitarie aziendali.

6.5 In assenza della formale attivazione alla frequenza, è fatto divieto ai frequentatori di accedere alle strutture sanitarie aziendali.

7. CREDITI FORMATIVI

Il superamento del percorso formativo dà diritto all'attribuzione dei crediti formativi ECM assegnati al progetto dalla procedura di accreditamento dell'evento.

8. OBBLIGHI DEI FREQUENTATORI

8.1 Il frequentatore si impegna a seguire il piano formativo concordato, nelle modalità confacenti alle peculiarità della U.O/Servizio scelto, al fine di perseguire l'obiettivo formativo di cui alla presente convenzione e si impegna a comunicare all'Ordine, promotore dell'iniziativa formativa, comportamenti e fatti incompatibili con detto fine.

8.2 Il frequentatore si impegna a non svolgere attività contrarie a quelle oggetto della presente convenzione e a segnalare le situazioni nelle quali dovesse essere impiegato o, comunque, coinvolto in attività di tal genere.

8.3 Pur non avendo alcun rapporto di impiego con l'Azienda, il frequentatore è tenuto a :

- prendere visione e rispettare le norme interne all'APSS e l'organizzazione delle attività, secondo le modalità indicate dal Direttore dell'Unità Operativa presso cui svolgerà la frequenza;
- osservare la normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro (cfr. successivo punto 10), quella sulla riservatezza delle informazioni acquisite e la normativa in materia di *privacy*, che verranno fornite dall'Azienda;
- svolgere le attività previste nel piano formativo nel rispetto del codice deontologico e secondo le modalità e le indicazioni concordate con il *tutor* aziendale, documentando la propria presenza secondo le modalità richieste, con cadenza settimanale, relazionando oralmente al *tutor* dell'attività svolta;
- indossare la divisa fornita dall'APSS ed un tesserino di riconoscimento collocato in maniera visibile, con nome e cognome e la dicitura "*frequentatore*".

8.4 La violazione anche di uno solo degli obblighi di cui sopra dovrà essere segnalata dal *tutor* all'Azienda e all'Ordine e, nei casi più gravi, potrà comportare anche la revoca dell'autorizzazione alla frequenza.

8.5 L'Ordine vigilerà sulla correttezza deontologica del frequentatore, anche mediante controlli a campione effettuati dai Consiglieri dell'Ordine; eventuali condotte contrarie alle regole del Codice di Deontologia Medica saranno valutate e perseguite dalla competente commissione di disciplina ordinistica.

9. SOSPENSIONE

L'Ordine, su segnalazione ed in accordo con i *tutor*, potrà valutare la sospensione del percorso formativo per le seguenti ragioni:

- per tutta la durata del periodo di astensione obbligatoria dal lavoro di cui al D.lgs. 26 marzo 2001 n. 151;
- per la durata delle assenze che si prolunghino per un periodo uguale o superiore ad un quarto della durata prevista per la frequenza;
- in caso di particolari situazioni che impediscono all'Azienda di garantire lo svolgimento della frequenza.

10. OBBLIGHI DI SICUREZZA

10.1 Ai sensi del D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, l'Ordine ha l'obbligo di formare ed informare i frequentatori sui rischi tipici generalmente connessi allo svolgimento delle attività di frequenza. È, invece, obbligo dell'Azienda, tramite il Responsabile U.O. informare il frequentatore sui rischi specifici dell'Unità Operativa alla quale sarà assegnato, assicurandosi che abbia preso visione dei documenti aziendali in materia di gestione della sicurezza dei lavoratori, nonché di sottoporre ad accertamenti sanitari il frequentatore, esposto a rischi specifici per i quali è prevista la sorveglianza sanitaria, secondo le modalità definite dal medico competente dell'Azienda.

10.2 Per tutta la durata del periodo di astensione obbligatoria dal lavoro di cui al D.lgs. 26 marzo 2001 n. 151 non possono essere autorizzate frequenze di unità operative, ove possano verificarsi condizioni di rischio per la salute della madre e del nascituro; se necessario, il percorso formativo potrà essere sospeso ai sensi del precedente punto 9.

11. COPERTURE ASSICURATIVE

11.1 Il frequentatore – oltre a possedere i requisiti per l'ammissione (cfr. punto 1.1) – deve provvedere personalmente a stipulare, con un primario istituto assicurativo, una apposita polizza per gli infortuni che lo stesso possa subire nel corso e per causa della frequenza all'interno delle strutture aziendali ed in qualsiasi altro luogo (compresi i sinistri c.d. in *itinere*), di durata coincidente con il periodo di frequenza richiesto. Gli estremi di tale polizza vanno indicati nella domanda di ammissione (cfr. punto 5.3).

11.2 La copertura assicurativa richiesta deve prevedere espressamente l'operatività della garanzia in relazione all'attività di frequenza presso qualsiasi ente, compresi quelli pubblici, trattandosi di attività di carattere non professionale, né istituzionale.

11.3 L'Ordine dei Medici assicurerà il frequentatore in ordine alla copertura per infortuni sul lavoro presso l'INAIL, impegnandosi ad effettuare la denuncia di infortunio alla normativa vigente entro i termini previsti.

11.4 L'Azienda garantirà, invece, i frequentatori nell'ambito della propria polizza assicurativa R.C. terzi, relativamente all'attività prestata presso le strutture aziendali nell'ambito e nei limiti dell'attività svolta in esecuzione della presente convenzione.

11.5 In ragione di quanto sopra espressamente previsto, l'Ordine declina ogni e qualsiasi responsabilità per infortunio e per danni a cose e a persone.

12. SUPPORTO DELL'AZIENDA AL FREQUENTATORE

Per l'attività svolta presso le proprie strutture l'Azienda fornisce ai frequentatori la divisa e consente all'accesso al servizio mensa secondo tariffe e modalità stabilite dall'amministrazione.

13. DURATA DELLA CONVENZIONE E MODIFICHE

13.1 La presente convenzione ha durata quinquennale ed è rinnovabile con scambio nota.

13.2 Ciascuna delle parti potrà risolvere la presente convenzione, dandone comunicazione scritta, a mezzo pec, con preavviso di almeno 30 giorni.

13.3 Le integrazioni, modifiche alla presente convenzione potranno essere definite dopo scambio di note approvate dalle parti.

14. NORMA DI RINVIO

Per tutto quanto non specificamente previsto nella presente convenzione si farà riferimento alle norme di legge e al regolamento APSS di cui alla deliberazione n. 485/2014.

Letta e sottoscritta dalle parti nell'agosto 2019.

PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE

IL RICHIEDENTE LA FREQUENZA

DATA _____

FIRMA

ALLEGATO 2 – INFORMATIVA COPERTURA ASSICURATIVA



INFORMATIVA RELATIVA ALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E PER INFORTUNI.

A seguito della richiesta di autorizzazione alla frequenza si comunica alla S.V. che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari garantisce i frequentatori con propria polizza assicurativa dalla responsabilità civile verso terzi per l'attività prestata presso le proprie strutture, con esclusione di rivalsa da parte dell'assicurazione nei loro confronti, salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave accertati con sentenza passata in giudicato.

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari non garantisce, con oneri a proprio carico, la copertura assicurativa dei rischi da infortunio ed i frequentatori, che intendono svolgere periodi di frequenza volontaria a titolo gratuito, per i quali non sia garantita la copertura assicurativa per infortunio da parte dell'Ordine dei Medici della Provincia Autonoma di Trento, sono tenuti a dotarsi di assicurazione privata.

I capitali da assicurare consigliati non devono essere inferiori a € 150.000 - per il caso di morte e a € 150.000 - per il caso di invalidità permanente.

PER PRESA VISIONE

FIRMA DEL FREQUENTATORE

ALLEGATO 3 – FOGLIO PRESENZA



OSPEDALE/DISTRETTO/DIREZIONI

UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO

FREQUENTATORE: COGNOME : NOME

FOGLIO-FIRMA relativo alle presenze del mese di: _____ Da RIPROPORRE MENSILMENTE

GIORNI	MATTINO		POMERIGGIO		TOTALE ORE	FIRMA
	ENTRATA	USCITA	ENTRATA	USCITA		
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						
					TOTALE ORE NEL MESE	

IL DIRETTORE U.O.

IL DIRETTORE OSPEDALE/DISTRETTO/DIREZIONE