

PER L'EROGAZIONE DI CONSULENZE

REGISTRO PRESENZE MESE_____ **ANNO**_____

- All. 1 - ATTIVITA' DI CONSULENZA a favore del Dipartimento Professioni Sanitarie**
Svolgimento attività in presenza

[illegible]**Firma del Personale AUSL TC**

Timbro e firma
Responsabile di AOU Meyer IRCCS