

## CONVENZIONE TRA AOU MEYER ED AUSL TC



## PER L'EROGAZIONE DI CONSULENZE

## REGISTRO PRESENZE MESE\_\_\_\_\_\_ ANNO\_\_\_\_\_\_ • All. 1 - ATTIVITA' DI CONSULENZA a favore del Dipartimento Professioni Sanitarie Svolgimento attività in presenza

Data	nome del Professionista	Ingresso	Uscita	firma del Professionista	Note (Indicare se personale appartenente a Dirigenza o Comparto)

I	Firma del Personale AUSL TC									
			_	Timbro e firma Responsabile di AOU Meyer IRC						
				-						