

NOME ASSOCIAZIONE:

Attività svolta presso il DISTRETTO.....

Attività svolta presso il PRESIDIO OSPEDALIERO

Nella UNITA' OPERATIVA.....

REGISTRO PRESENZE VOLONTARI PRESSO LE UU.OO. DI ASST RHODENSE

Anno..... Mese

Firma per presa visione, a cadenza mensile, del Direttore di Unità Operativa Dr.

	DATA	COGNOME E NOME DEL VOLONTARIO	ORA ENTRATA	ORA USCITA	FIRMA PER ESTESO
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					



NOME ASSOCIAZIONE:

Attività svolta presso il DISTRETTO.....

Attività svolta presso il PRESIDIO OSPEDALIERO

Nella UNITA' OPERATIVA.....

7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					

NOME ASSOCIAZIONE:

Attività svolta presso il DISTRETTO.....

Attività svolta presso il PRESIDIO OSPEDALIERO

Nella UNITA' OPERATIVA.....

18					
19.					
20.					
21.					