

SCHEDA REGISTRAZIONE PRESENZE SANITASERVICE ASL BA



MESE DI _____ ANNO 20__

DIPENDENTE (cognome e nome) _____ MATRICOLA _____

DIPENDENTE DI QUESTA SOCIETA', IN QUALITA' DI (ausiliario, commesso, ...) _____, STRUTTURA

LAVORATIVA ASSEGNATA (distretto n./ospedale): _____ REPARTO/

POLIAMBULATORIO/CSM/... _____ DI (città): _____

gg	ORA ENTRATA	FIRMA	ORA USCITA	ORA ENTRATA	FIRMA	ORA 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						

N.B. A completamento della compilazione nei righi vuoti indicare il giustificativo: R=RIPOSO/RECUPERO, FR=FERIE, M=MALATTIA, A=ALTRO DA SPECIFICARE.

TOTALE ORE LAVORATE NEL MESE: _____ NOTE AGGIUNTIVE: _____

SONDAGGIO: LIVELLO SODDISFAZIONE DELLE PULIZIE DEL DIR.MEDICO Ottimo Discreto Sufficiente Insufficiente

DATA ____/____/____

IL DIR. MEDICO DELLA STRUTTURA DI RIFERIM.(timbro e firma)

VISTO DEL REFERENTE AZIENDALE SS