

Intestazione Fornitore

Dipartimento Interaziendale per la Salute Mentale - Azienda ULSS 20

FAC-SIMILE MODULO PRESENZE/ASSENZE MENSILE - SERVIZIO RESIDENZIALE

STRUTTURA DI RIFERIMENTO: _____

MESE DI RIFERIMENTO: _____

		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	Tot Presenze	Tot Assenze	
COGNOME	NOME																																		
COGNOME	NOME																																		
COGNOME	NOME																																		
COGNOME	NOME																																		
COGNOME	NOME																																		

P = presente
A = assente
R = ricovero

Timbro e firma Responsabile della struttura