ASP TRAPANI
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

VIA MAZZINI, 1 – 91100TRAPANI
tel.(0923) 805111 - FAX (0923)873745
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

**Al Direttore del Dipartimento Emergenza ed Urgenza**
**ASP Trapani**

Oggetto: **Comunicazione disponibilità prestazioni aggiuntive per copertura dei turni presso i PP.OO. aziendali.**

Dirigente Medico_____Disciplina _____

Ospedale/Distretto di:_____;

secondo le seguenti modalità:

| GIORNO | INIZIO TURNO | FINE TURNO |
|---|---|---|
| _____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ |
| _____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ |
| _____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ |
| _____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ |
| _____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ |
| _____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ |
| _____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ | MATT:_____<br>POM:_____<br>NOTTE_____ |

**NOTE:**_____

Data _____

**Il Dirigente Medico**

_____