



DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
S.S. ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA PRIMARIA
MMG, PLS, CA, ES

Via Montescaglioso - 75100 Matera

Tel. 0835/253637 opp. 0835/253634

Fax 0835/253538 – Dirigente: 0835/253633

OGGETTO: **richiesta liquidazione compensi per il mese di** _____

Turni effettuati nella sede di C.A. di _____

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

dichiara di aver effettuato i seguenti turni di Continuità Assistenziale:

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____ per n. ore _____

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____ per n. ore _____

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____ per n. ore _____

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____ per n. ore _____

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____ per n. ore _____

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____ per n. ore _____

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____ per n. ore _____

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____ per n. ore _____

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____ per n. ore _____

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____ per n. ore _____

dalle ore _____ del giorno _____ alle ore _____ del giorno _____ per n. ore _____

TOT. ORE di servizio _____

dichiara inoltre di aver utilizzato il proprio automezzo di tipo _____ targa _____

di aver percorso il seguente numero di km complessivi per l'espletamento del Servizio: _____

_____ li _____

In fede