

**PERSONALE SANITARIO**

Cognome	Nome	cod. figura Profess.	Orario di lavoro settimanale	durata del rapporto di lavoro (settimane)	ORE ANNUE EFFETTUATE NEL SERVIZIO				
					dipendenti	convenzionati	rapp.libero profess.	Volontari	Obiettori
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
<b>Totali</b>			<b>XXXXX</b>	<b>XXXXX</b>					