AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA
- P.IVA 01151150867-

REGISTRO FIRME

Foglio n _____

☐ Umberto I ☐ Chiello ☐ Basilotta ☐ F.B.C. ☐ Distretto di_____ ☐ Dipartimento di_____

Unità Operativa/Servizio

_____

Cognome e nome	Data di nascita	Professione	Firma per esteso	Sigla	Data

Copia del registro va consegnata alla Direz. Med. Presidio/Direz. Distretto/Direzione Salute mentale entro il 31 Gennaio di ogni anno

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA
- P.IVA 01151150867-

Foglio n _____

REGISTRO FIRME

Cognome e nome	Data di nascita	Professione	Firma per esteso	Sigla	Data

Copia del registro va consegnata alla Direz. Med. Presidio/Direz. Distretto/Direzione Salute mentale entro il 31 Gennaio di ogni anno

Il Direttore della U.O./Servizio/Dipartimento

_____