SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	**Foglio di presenza**	***Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche*** **Allegato 4 alla procedura P08DSM-DP**

Cognome e Nome…….....……

Intervento Sociale Riabilitativo Attivo presso: …….. MESE DI ……..

Da compilare a cura dell'interessato

	ORE EFFETTUATE		ORE EFFETTUATE
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	
		31	

Da compilare a cura dell'operatore Referente DSM DP

	€ GETTONE GIORNALIERO CORRISPONDENTE	NOTE		€ GETTONE GIORNALIERO CORRISPONDENTE	NOTE
1			16		
2			17		
3			18		
4			19		
5			20		
6			21		
7			22		
8			23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		
			31		

FIRMA DELL'INTERESSATO _____

L'OPERATORE REFERENTE DSM DP _____

FIRMA REFERENTE SOGGETTO OSPITANTE _____

Consegnare il foglio presenze all'operatore DSM DP entro il 5 del mese dopo