

SCHEDA DEGLI ACCESSI IN REGIME DI CURE DOMICILIARI RESIDENZIALI(C.D.R.)
(da tenere presso la struttura residenziale e trasmettere alla A.S.S.L. entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento)

RIEPILOGO MENSILE

DOTT./DOTT.SSA _____ COD. REG _____

MESE DI _____ ANNO _____

N° DI PAZIENTI IN ASSISTENZA _____ IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE _____

STRUTTURA RESIDENZIALE: _____

ART. _____ COMMA _____ LETT. _____ DELL'ALLEGATO S (AIR/10)

| DATA | ORARIO INGRESSO | ORARIO USCITA | FIRMA DEL MEDICO |
|------|-----------------|---------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Timbro e firma del Direttore/Responsabile della struttura residenziale

PARTE RISERVATA ALLA ASSL CAGLIARI

Si autorizza il compenso forfettario mensile, ai sensi dell'art.....comma.....lett.... .dell'allegato S dell'accordo integrativo regionale (AIR/2010).

MESE _____ NUMERO ASSISTITI _____

IL DIRIGENTE MEDICO