

**ALLEGATO F**

**Elenco del personale dedicato alle Branche Specialistiche/Discipline svolte nella Struttura : Ruolo Sanitario, Sanitario non medico e Amm.vo**

ENTE (denominazione) ..... COMUNE DI: .....

C.F./P.I.: ..... INDIRIZZO: .....

STRUTTURA (denomin.) : ..... COMUNE DI: .....

INDIRIZZO:.....

Cognome	Nome	Specialità ambulatoriale	Attività Sanitaria non medica (Es. Fisioterapista,Psicologo ecc..) e Att Amministrativa	Titolo di studio posseduto	Data inizio collaborazione	Rapporto di lavoro  Dip/L.P.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Direttore Sanitario

Timbro e firma del Legale Rappresentante