SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

ASSEMBLEA SINDACALE IN VIDEOCONFERENZA DEL _____ dalle ore _____ alle ore _____ indetta da _____ (indicare le OOSS/RSU promotrici)

Elenco dei partecipanti

Matricola	**Cognome** (in stampatello)	**Nome** (in stampatello)	**Unità Operativa**	**Orario di Partecipazione**