



COMUNICACIÓN ITINERANCIA

CENTRO DE SALUD:

INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE: DE: 20

Fecha:

*NOMBRE DEL TRABAJADOR	DESPLAZAMIENTO	DISTANCIAS KILOMÉTRICAS	DÍAS LABORABLES MENSUALES EN LOS QUE SE HA DESPLAZADO
	Municipio de Cabecera (A)		
	De Municipio de Cabecera (A) a Municipio (B)		
	De Municipio (B) a Municipio (C)		
	De Municipio (C) a Municipio (D)		
	De Municipio (D) a Municipio (E)		
	De Municipio (E) a Municipio de Cabecera (A)		

**(En este apartado se incluirá a los
trabajadores del EAP que prestan servicios en
varias localidades, habiendo de incluir,
asimismo al personal sustituto)*

EI COORDINADOR DEL E.A.P.:

D./Dña:

Fdo: