Cudes:328\_\_\_\_\_\_ DENOMINAZIONE UDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ENTE GESTORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Compilazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N** | **NOME E COGNOME E DATA DI NASCITA** | **DATA INSERIMENTO** | **CAMPIONE (specificare i criteri utilizzati indicati nella tabella)** | **TIPOLOGIA DI POSTO (AUTORIZZATO/****ACCREDITATO/****A CONTRATTO)** | **TRATTAMENTO RIABILITATIVO COMPLESSO E DATA DI TERMINE****(****Descrivere la tipologia di trattamento)** |
| **1** |  |  |  |   |  |
| **2** |   |   |   |   |   |
| **3** |   |   |   |   |   |
| **4** |   |   |   |   |   |
| **5** |   |   |   |   |   |
| **6** |   |   |   |   |   |
| **7** |   |   |   |   |   |
| **8** |   |   |   |   |   |
| **9** |   |   |   |   |   |
| **10** |   |   |   |   |   |

RELAZIONE: INDICARE LE MODALITA’ DI CAMPIONAMENTO UTILIZZATO E LE EVENTUALI CRITICITA’ NELLA COMPILAZIONE DELLA CHECK LIST.