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.