

**SCHEMA DI ACCESSO**

Prestazioni Socio-Sanitarie Integrate

Soggetto Accreditato: **AZIENDA SPECIALE DI SERVIZI DI CASALPUSTERLENGO** mese:..... anno:Medico specialista Psicologo Educatore TdR IP ASA/OSS

N.Protocollo: _____ Data inizio _____ Data fine _____

AL SIG/SIG.RA: _____ Cod. SSN _____

	FIRMA ASSISTITO	FIRMA OPERATORE	TIPO PRESTAZIONE		FIRMA ASSISTITO	FIRMA OPERATORE	TIPO PRESTAZIONE
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16					Note:		

Totale trattamenti fruiti N°: _____

Il Responsabile: _____