

Data: _____

Al Servizio Amministrativo Progetti Riabilitativi
UILDM Sezione Laziale

Il/la terapeuta _____ comunica che non svolgerà attività
professionale in favore della UILDM dal _____ al _____

Previsti recuperi SI NO

Pazienti in trattamento	ASL e MUNICIPIO Tdr eventualmente disponibile	Autocertificazione Paziente	Necessita Sostituzione
1. _____ Ad. <input type="checkbox"/> Ped. <input type="checkbox"/>	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. _____ Ad. <input type="checkbox"/> Ped. <input type="checkbox"/>	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. _____ Ad. <input type="checkbox"/> Ped. <input type="checkbox"/>	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. _____ Ad. <input type="checkbox"/> Ped. <input type="checkbox"/>	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. _____ Ad. <input type="checkbox"/> Ped. <input type="checkbox"/>	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. _____ Ad. <input type="checkbox"/> Ped. <input type="checkbox"/>	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. _____ Ad. <input type="checkbox"/> Ped. <input type="checkbox"/>	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. _____ Ad. <input type="checkbox"/> Ped. <input type="checkbox"/>	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. _____ Ad. <input type="checkbox"/> Ped. <input type="checkbox"/>	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. _____ Ad. <input type="checkbox"/> Ped. <input type="checkbox"/>	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

NB: se il paziente non desidera la sostituzione del terapeuta, deve auto-certificare la rinuncia.

Firma del terapeuta
