

# TERAPIE RIABILITATIVE

<b>LOG</b>	<b>PSM</b>	<b>PST</b>	<b>FKT</b>	<b>T.O.</b>
<input type="checkbox"/>				
<b>Terapia attiva</b> Dal _____ Al _____				
Il giorno _____ Dalle ore _____ Alle ore _____				
<b>Dott.</b> _____	<b>Dott.</b> _____	<b>Dott.</b> _____	<b>Dott.</b> _____	<b>Dott.</b> _____
<b>Rinnovo pratica entro il</b> _____				
<b>Corredo documenti:</b>  <input type="checkbox"/> Certificato Neurologico ASL <input type="checkbox"/> Disponibilità <input type="checkbox"/> Controfirma Uff. Riabilitazione <input type="checkbox"/> Benestare Ufficio <input type="checkbox"/> Da consegnare _____ prima della scadenza	<b>Corredo documenti:</b>  <input type="checkbox"/> Certificato Neurologico ASL <input type="checkbox"/> Disponibilità <input type="checkbox"/> Controfirma Uff. Riabilitazione <input type="checkbox"/> Benestare Ufficio <input type="checkbox"/> Da consegnare _____ prima della scadenza	<b>Corredo documenti:</b>  <input type="checkbox"/> Certificato Neurologico ASL <input type="checkbox"/> Disponibilità <input type="checkbox"/> Controfirma Uff. Riabilitazione <input type="checkbox"/> Benestare Ufficio <input type="checkbox"/> Da consegnare _____ prima della scadenza	<b>Corredo documenti:</b>  <input type="checkbox"/> Certificato Neurologico ASL <input type="checkbox"/> Disponibilità <input type="checkbox"/> Controfirma Uff. Riabilitazione <input type="checkbox"/> Benestare Ufficio <input type="checkbox"/> Da consegnare _____ prima della scadenza	<b>Corredo documenti:</b>  <input type="checkbox"/> Certificato Neurologico ASL <input type="checkbox"/> Disponibilità <input type="checkbox"/> Controfirma Uff. Riabilitazione <input type="checkbox"/> Benestare Ufficio <input type="checkbox"/> Da consegnare _____ prima della scadenza