

**DICHIARAZIONE SUPERVISORE**

Denominazione del Centro Terapeutico / Professionista \_\_\_\_\_

Con la presente dichiaro di supervisionare l'intervento riabilitativo \_\_\_\_\_

a favore di \_\_\_\_\_, che si svolge con le seguenti modalità:

- domiciliare:
- ambulatoriale:
- altro:

Eventuali professionisti che collaborano al trattamento

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Titolo di studio/qualifica \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Titolo di studio/qualifica \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Titolo di studio/qualifica \_\_\_\_\_

Attesto che le prestazioni erogate nel periodo da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ sono state n. \_\_\_\_\_ nelle seguenti date e sedi (vedi dichiarazione allegata).

Firma e timbro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_