

**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 (specificare): \_\_\_\_\_

Eventuali professionisti che collaborano al trattamento:

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

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

Attesto che le prestazioni erogate nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

sono state n. \_\_\_\_\_, (per complessive \_\_\_\_\_ ore), nelle seguenti date e sedi:

Data \_\_\_\_\_

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

**AILLEGATO 1**

**COGNOME E NOME UTENTE** \_\_\_\_\_

**DATE E SEDI DELLE SEDUTE:**

ANNO	MESE	DATE DELLE SEDUTE	SEDE	N. SEDUTE	N. ORE TOTALI MENSILI
2021	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
2022	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
<b>TOTALI</b>					

**Data** \_\_\_\_\_

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