



REPORT PERIODICO ATTIVITÀ

Erogatore _____ Sede _____

Periodo di riferimento dal ____/____/____ al ____/____/____

Tipologia di programma attivato

- AFA A autonomia funzionale conservata

N° sedi di erogazione _____

N° corsi _____

N° complessivo partecipanti _____

- AFA B OTAGO rischio cadute

N° sedi di erogazione _____

N° corsi _____

N° complessivo partecipanti _____

- AFA C ridotta autonomia funzionale

N° sedi di erogazione _____

N° corsi _____

N° complessivo partecipanti _____

Eventi clinici avversi in corso di partecipazione relativi a:

- apparato muscoloscheletrico n° _____
 apparato cardiovascolare n° _____
 apparato respiratorio n° _____

Persone rinviate dalla struttura al MMG perché non idonee all'attività

Persone rinviate n° _____

SUGGERIMENTI O RICHIESTE DEGLI UTENTI

Data /_/_/ _____