

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