ASL- RME Presidio Ospedaliero San Filippo Neri"
silvia.raccagna@asl-rme.it
tel 0633062811-fax 0633064754

Modulo 8:Comunicazione fine training

CHECK LIST VERIFICA AUSILI CONSEGNATI

Si comunica che in data _____ Il /la Sig./Sig.ra _____
(nome)

_____ Codice Fiscale _____
(cognome)

Ha terminato il periodo di training per l'utilizzo degli ausili individuati per la facilitazione della comunicazione

IDSFN	Elementi che compongono il sistema ausili	*Conforme a prescrizione*		Assente	Guasto	Note
		sì	no			

Imballi originali conservati? SI NO	DDT Distributore SI NO
Informativa per l'utente SI NO	

NOTE ED OSSERVAZIONI	

Data _____

_____ _____

Il familiare di riferimento
(o suo delegato come da documento allegato)

Timbro e firma operatore CpA