

Allegato D - Regolamento Attività Fisica Adattata

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 muscolo - scheletrico n° _____

- apparato cardiovascolare n° _____

- apparato respiratorio n° _____

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



Società della Salute Fiorentina Sud Est

SUGGERIMENTI O RICHIESTE DEGLI UTENTI

Azienda USL Toscana centro



Società della Salute Fiorentina Sud Est
Piazza della Vittoria 1 – 50012 Bagno a Ripoli (FI)
Via di Antella 58, Loc. Ponte a Niccheri – 50012 Bagno a Ripoli (FI)
sds.firenzesudest@uslcentro.toscana.it
C. F. 94297490487 – P. IVA 07179170480