

**A****llegato "B"****Alla Determinazione N° 241  
del 16.06.2011****P.U.A. DISTRETTO DI ORISTANO**

**Oggetto:** Verifica prestazioni Centro R.N.M. di Olbia.  
Mese di Aprile 2011.

**A T T E S T A Z I O N E**

Operati gli opportuni controlli sulle prestazioni riabilitative indicate in oggetto;

Verificata la correttezza e l'appropriatezza delle stesse;

Valutato che le prestazioni rese risultano conformi a quelle autorizzate;

Si attesta la regolarità dei trattamenti riabilitativi, valutati e autorizzati dalla U.V.T. del Distretto di Oristano in regime ambulatoriale resi ad un assistito di questa Azienda c/o il Centro Riabilitazione R.N.M di Olbia durante il mese di Aprile 2011.

IL RESPONSABILE DEL P.U.A.  
DEL DISTRETTO DI ORISTANO  
Dott.ssa Cellina Cadoni

---

**ASL 5 Oristano**  
Distretto di Oristano

Via Carducci, 35  
09170 **Oristano**  
Tel ..... Fax .....  
[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)  
E-mail: .....@asloristano.it

AMF

---

**ASL 5 Oristano**  
Distretto di Oristano

Via Carducci, 35  
09170 **Oristano**  
Tel ..... Fax .....  
[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)  
E-mail: .....@asloristano.it

AMF