

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

Oggetto: Verifica prestazioni ambulatoriali Centro Santa Maria Bambina.
Novembre 2015.

ATTESTAZIONE

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. c/o il P.U.A del Distretto di Oristano , resi a pazienti di questa Azienda c/o il Centro Santa Maria Bambina durante il mese di Novembre 2015.

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