

Con la presente si attesta che il/la minore _____
ha effettivamente partecipato alle seguenti terapie / visite:

DATA	ORARI	TERAPIA O VISITA	FIRMA E TIMBRO OPERATORE

Comunicazione effettuata ai sensi dell'art. 13 comma 2a del D.l. 182/20 modificato dal decreto correttivo 153/23