



## **SCHEMA ACCETTAZIONE SOCI ATTIVI**

**Data:**

**Dott.:**

**Socio Attivo Presentatore:**

**Supporto presentato:**

**DIAGNOSI:**

**ESAME OBIETTIVO :**

**Esame Clinico:**

**Esame Radiologico:**

**TIPO DI TERAPIA:**

**Breve descrizione della sequenza operativa:**