



**SCHEDE DI AUTOVALUTAZIONE DELLE STRUTTURE CHE EROGANO
PRESTAZIONI CONNESSE CON L'ATTIVITÀ OPERATORIA**

NOME ENTE:			
TIPO STRUTTURA:	PUBBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVATA <input type="checkbox"/>	
INDIRIZZO:	VIA _____ N _____		
	CITTÀ _____ PROV. _____		
TELEFONO:		FAX:	E-MAIL:

LEGALE RAPPRESENTANTE:	
TITOLARE:	



Riepilogo del numero delle schede inviate:

ATTIVITÀ	N. SCHEDE
REPARTO OPERATORIO	
BLOCCO PARTO-PUNTO NASCITA	
STERILIZZAZIONE	
FRIGOEMOTECA	
RIANIMAZIONE – TERAPIA INTENSIVA	

Data ____ / ____ / ____

Firma del Legale Rappresentante/Titolare_____