



**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone
dell'Università degli Studi di Palermo**



U.O. _____

Palermo _____

Ufficio di Coordinamento di Fisioterapia
Fax 0916553177 tel. 6553165/4148

OGGETTO Richiesta di trattamento riabilitativo

Si chiede intervento riabilitativo per il sig. _____

cartella clinica n° _____ ricoverato presso _____

stanza _____ letto _____

affetto _____

Il responsabile dell'U.O.
