

Progetto “Riduzione del rischio di caduta dell’anziano fragile a domicilio”

Incontri del gruppo dei Fisioterapisti

Incontro del _____ dalle ore _____ alle ore _____ Sede _____

Nome e cognome	Firma presenza

Argomenti trattati	Osservazioni / Decisioni prese

Data prossimo incontro: _____

Ft referente _____