

**REPORT PERIODICO ATTIVITA'**

Erogatore \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

Periodo di riferimento dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Tipologia di programma attivato**

- AFA A autonomia funzionale conservata

N° sedi di erogazione \_\_\_\_\_  
N° corsi \_\_\_\_\_  
N° complessivo partecipanti \_\_\_\_\_

- AFA B OTAGO rischio cadute

N° sedi di erogazione \_\_\_\_\_  
N° corsi \_\_\_\_\_  
N° complessivo partecipanti \_\_\_\_\_

- AFA C ridotta autonomia funzionale

N° sedi di erogazione \_\_\_\_\_  
N° corsi \_\_\_\_\_  
N° complessivo partecipanti \_\_\_\_\_

**Eventi clinici avversi in corso di partecipazione relativi a:**

- apparato muscoloscheletrico n° \_\_\_\_\_
- apparato cardiovascolare n° \_\_\_\_\_
- apparato respiratorio n° \_\_\_\_\_

**Persone rinviate dalla struttura al MMG perché non idonee all'attività**

Persone rinviate n° \_\_\_\_\_

**SUGGERIMENTI O RICHIESTE DEGLI UTENTI**

---

---

---

---

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_