

SCHEDA INFORMATIVA

Denominazione Centro /Istituto

Centro di Riabilitazione.....

Indirizzo.....

Cap.....tel.....fax.....

Indirizzo posta elettronica.....

Sito web.....

p.i.....c.f.....

rappresentante legale.....

sede/i.....

.....

settori di intervento riabilitativo:

(indicare le quantità)

	Accreditato	Autorizzato
Residenziale
Semiresidenziale
Ambulatoriale
Extramurale
Domiciliare

personale **dipendente** **consulente**

(indicare le quantità)

medico	.....	.....
psicologo	.....	.....
terapista	.....	.....
logopedista	.....	.....
infermiere	.....	.....
ausiliario	.....	.....
educatore	.....	.....
amministrativo	.....	.....
altro	.....	.....

firma del legale rappresentante

.....

inviare via e-mail a **foai@foai.it**