

| ASSOCIAZIONE ASPAT CAMPANIA     |  |
|---------------------------------|--|
| MACROAREA DI APPARTENENZA       | <b>1</b> <input type="checkbox"/> Specialistica Ambulatoriale <b>2</b> <input type="checkbox"/> Riabilitazione/Sociosanitario e Salute Mentale   |
| DENOMINAZIONE CENTRO            |  |
| INDIRIZZO / ASL DI APPARTENENZA | <input type="checkbox"/> ASL   |
| REFERENTE STRUTTURA             | EMAIL  |
| SETTING ASSISTENZIALE PER 1     | <input type="checkbox"/> Lab.Analisi <input type="checkbox"/> Diabetologia <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Branche a Visita <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Med.Nucleare <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> FKT |
| SETTING ASSISTENZIALE PER 2     | <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Semiresidenziale <input type="checkbox"/> Residenziale  |

| FABBISOGNO SETTIMANALE                    |    |
|---|----|
| MASCHERINE CHIRURGICHE                    | N° |
| MASCHERINE FFP2                           | N° |
| MASCHERINE FFP3                           | N° |
| GUANTI MONOUSO                            | N° |
| <b>SOLO IN CASO DI STRETTA NECESSITA'</b> |    |
| OCCHIALI/VISIERE DI PROTEZIONE            | N° |
| CAMICI STERILI MONOUSO                    | N° |
| COPRISCARPE MONOUSO                       | N° |
| COPRICAPO                                 | N° |
| IGIENIZZANTE PER MANI                     | LT |

COMPILARE LA SEGUENTE SCHEDA RIGOROSAMENTE IN STAMPATELLO