

Convocati	Presenti	Partecipanti	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	<i>Integrazione Socio Sanitaria DSS Uno - ASL BA</i>	dott. Ceci Pantaleo F.co	
		<i>Medico Specialista inerente le patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psichica e fisica del paziente:</i>		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<i>Dirigente Medico P. O.</i>	dott.	
		<i>Dirigente Medico DSS Uno - ASL BA</i>	dott.	
		<i>CSM Molfetta</i>	dott.	
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Presidio Ospedaliero di Molfetta "Don Tonino Bello"</i>	dott.ssa	
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Comune di Molfetta</i>	dott.ssa	
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Comune di Giovinazzo</i>	dott.ssa	
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	<i>Case Manager</i>	dott.ssa	
Il responsabile del caso sarà: <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> PLS			Verifica programmata per il.....	
dott.ssa/dott.				
Data			VISTO Timbro e firma del Direttore Distretto S.S. Uno	
Timbro e firma				