**Al Responsabile Aziendale per la Qualità**

Dott. Antonio Silvestri

Email: [a.silvestri@scf.gov.it](mailto:a.silvestri@scf.gov.it) – FAX 06/58705575

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo di documento:**  (specificare) | **Documento a valenza GENERALE**  (P. Generale) | **󠄌 PG** |
| **Documento a valenza SPECIFICA**  (P. Interdipartimentale/Dipartimentale/di UO) | **󠄌 PDD󠄌 PD 󠄌 PUO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Causale:** | 󠄌 prima stesura | 󠄌 Aggiornamento/revisione |

|  |
| --- |
|  |

**Oggetto:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Scopo del documento:**

**INDIVIDUAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO**

**Coordinatore Clinico**

|  |  |
| --- | --- |
| *Cognome e nome* | *Funzione* |
|  |  |

**Componenti**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Cognome e nome* | *Funzione* | *Cognome e nome* | *Funzione* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Il soggetto proponente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RISERVATO AL RAQ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tutors: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Proposta n.: \_\_\_\_/2018 | Approvata in data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | Comunicata al Direttore Sanitario in data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |