

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	TIPALDI	<b>Nome</b>	MATTIA	<b>Anno di nascita</b>	2005	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000219/1</b>
----------------	---------	-------------	--------	------------------------	------	----------------------------	-----------------

## VISITE SPECIALISTICHE FONIATRICHE

**Nº PROGRESSIVO: 2**

### **CONSULENZA SPECIALISTICA:**

Pz assente alla visita foniatica programmata in data odierna. Si confermano gli obiettivi indicati nel programma.

**Data**

02/02/2023