

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DI PEDE	<b>Nome</b>	SARA	<b>Anno di nascita</b>	2020	<b>Cartella clinica n.</b>	000619/1
----------------	---------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	----------

**DIARIO CLINICO****N° PROGRESSIVO: 1****DIARIO CLINICO**

La piccola effettua psicomotricità da poche settimane e questo primo mese di terapia si effettua l'alleanza terapeutica per valutare le aree di competenza per il programma terapeutico.

**Data**

28/03/2023

**Firma**

Dott./Dott.ssa Avvisato Mariarosaria  
#847 | Ordine TSRM PSTRP NA-AV-BN-CE  
AVVISATO MARIAROSARIA  
#847 | ORDINE TSRM PSTRP NA-AV-BN-CE  
CASTALDO GIOVANNI  
#211 | ORDINE TSRM PSTRP NA-AV-BN-CE