

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	SCOGNAMIGLIO	<b>Nome</b>	ANTONIO	<b>Anno di nascita</b>	2015	<b>Cartella clinica n.</b>	000188/1
----------------	--------------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

**VISITE SPECIALISTICHE FONIATRICHE****N° PROGRESSIVO: 2****CONSULENZA SPECIALISTICA:**

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

Data  
26/01/2023