



<011374T017>

Mod. WRSTFOF5 Ver.2.8 del 25/02/2019



CENTRO PRO-JUVENTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

ID-Assistito  * 0 1 1 3 7 4 *	N°Cartella Clinica 7902	Periodo contabile Febbraio 2019
ID-Terapista  * 0 1 7 *	Regime AMBULATORIALE	Assistito AGRIUCCIO RITA MARIA
Dt.nascita 24-09-59	Asl NACDS31	Terapia FISIOKINESITERAPIA 5Sed/S
C.F. GRCRMR59P64F839V	Terapista 17-D'ANGELO SIMONA	Telefoni 3457081089 338/1031011 FIGLIO
Indirizzo VIA VESPUCCI 88 NAPOLI		
Contratto/Aut. Aut. N° 6114/CAT del 15-11-17 dal 16-11-17 al 14-05-18 GG 180		
Diagnosi DOPPIA EMIPARESII		
Note 331/4228440		
Case Manager GIULIARINI M - D'ANGELO S.		

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

Il Direttore Sanitario

dIRETTORE IN cENTRO

<011374T102>

Mod. WRSTFOFS Ver.2.8 del 25/02/2019



CENTRO PRO-JUVENTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

ID-Assistito * 0 1 1 3 7 4 *	N°Cartella Clinica 7902	Periodo contabile Febbraio 2019
Assistito AGRIUCCIO RITA MARIA		
ID-Terapista * 1 0 2 *	Regime AMBULATORIALE	Terapia FISIOKINESITERAPIA 5Sed/S
Asl NACDS31		Terapista 102-GIULIARINI MIRNA
Dt nascita 24-09-59	C.F. GRCRMR59P64F839V	Telefoni 3457081089 338/1031011 FIGLIO
Indirizzo VIA VESPUCCI 88 NAPOLI		
Contratto/Aut. Aut. N° 6114/CAT del 15-11-17 dal 16-11-17 al 14-05-18 GG 180		
Diagnosi DOPPIA EMIPARESI		
Note 331/4228440		
Case Manager GIULIARINI M - D'ANGELO S.		

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

Il Direttore Sanitario

dIRETTORE IN cENTRO

<010711T772>

Mod. WRSTFOF5 Ver.2.8 del 25/02/2019



CENTRO PRO-JUVENTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

ID-Assistito * 0 1 0 7 1 1 *	N°Cartella Clinica 7827	Periodo contabile Febbraio 2019
Assistito ABBATE GERARDINO		
ID-Terapista * 7 7 2 *	Regime AMBULATORIALE	Terapia FISIOKINESITERAPIA 2Sed/S
Dt.nascita 20-08-39	Asl NACDS29	Terapista 772-TROIANO PAOLA
C.F. BBTGRD39M20F839N	Telefoni 0817518073 345/0303357	
Indirizzo VIA M.GUADAGNO 39 NAPOLI		
Contratto/Aut. Aut. N° 874/R del 16-11-17 dal 01-11-17 al 30-03-18 GG 150		
Diagnosi POLINEUROPATIA SENSITIVO MOTORIA		
Note		
Case Manager D'ANIELLO NUNZIA		

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

Il Direttore Sanitario

direttore IN CENTRO

<010711T203>

Mod. WRSTFOF5 Ver.2.8 del 25/02/2019



CENTRO PRO-JUVENTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

ID-Assistito * 0 1 0 7 1 1 *	N°Cartella Clinica 7827	Periodo contabile Febbraio 2019
ID-Terapista * 2 0 3 *	Regime AMBULATORIALE	Assistito ABBATE GERARDINO
Dt nascita 20-08-39	Asl NACDS29	Terapia FISIOKINESITERAPIA 2Sed/S
C.F. BBTGRD39M20F839N	Terapista 203-D'ANIELLO NUNZIA	Telefoni 0817518073 345/0303357
Indirizzo VIA M.GUADAGNO 39 NAPOLI		
Contratto/Aut. Aut. N° 874/R del 16-11-17 dal 01-11-17 al 30-03-18 GG 150		
Diagnosi POLINEUROPATIA SENSITIVO MOTORIA		
Note		
Case Manager D'ANIELLO NUNZIA		

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

Il Direttore Sanitario



dIRETTORE IN cENTRO

<000002T004>



CENTRO PRO-JUVENTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

Mod. WRSTFOF5 Ver.2.8 del 25/02/2019

ID-Assistito  * 0 0 0 0 0 2 *	N°Cartella Clinica 0887	Periodo contabile Febbraio 2019
Assistito ABATE PAOLO		
ID-Terapista  * 0 0 4 *	Regime AMBULATORIALE	Terapia FISIOKINESITERAPIA 2Sed/S
Asl NANDS42		Terapista 4-CORBO GIUSEPPINA
Dt nascita 21-06-88	C.F. BTAPLA88H21F839D	Telefoni 0815732366 3382178577
Indirizzo VIA L.ROCCO 14 ARZANO		
Contratto/Aut Aut. N° 484/B del 07-04-17 dal 08-01-17 al 06-07-17 GG 180		
Diagnos: TETRAPARESI SPASTICA E RIT. PSICOMOTORIO		
Note		
Case Manager CORBO GIUSEPPINA		

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

Il Direttore Sanitario

dIRETTORE IN cENTRO

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

<000003T269>

Mod. WRSTOF5 Ver.2.8 del 25/02/2019



CENTRO PRO-JUVENTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

ID-Assistito * 0 0 0 0 0 3 *	N°Cartella Clinica 0887	Periodo contabile Febbraio 2019
ID-Terapista * 2 6 9 *	Regime AMBULATORIALE	Terapia TERAPIA OCCUPAZIONALE 1Sed/S
Dt.nascita 21-06-88	Asl NANDS42	Terapista 269-SELLORS JILLIAN
Indirizzo	C.F. BTAPLA88H21F839D	Telefoni 0815732366 3382178577
Contratto/Aut.	VIA L.ROCCO 14 ARZANO	
Diagnosi	Aut. N° 484/B del 07-04-17 dal 08-01-17 al 06-07-17 GG 180	
Note	TETRAPARESIS SPASTICA	
Case Manager	SELLORS JILLIAN	

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

Il Direttore Sanitario



dIRETTORE IN cENTRO

<010065T994>

Mod. WRSTFOF5 Ver.2.8 del 25/02/2019



CENTRO PRO-JUVENTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

ID-Assistito  * 0 1 0 0 6 5 *	N°Cartella Clinica 7515	Periodo contabile Febbraio 2019
Assistito ADAMO MARTINA		
ID-Terapista  * 9 9 4 *	Regime CENTRO DIURNO	Terapia TERAPIA OCCUPAZIONALE 6Sed/S
Dt.nascita 26-03-92	Asl NACDS27	Terapista 994-ESPOSITO FEDERICA
C.F. DMAMTN92C66F839A	Telefoni 3384797048	
Indirizzo M.PISCICELLI 18 NAPOLI		
Contratto/Aut. Aut. N° 5690/DIG del 15-05-17 dal 02-03-17 al 01-03-18 GG 365		
Diagnosi DISTURBO PERVASIVO DELLO SVILUPPO		
Note		
Case Manager CENTRO DIURNO		

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

Il Direttore Sanitario

dIRETTORE IN cENTRO

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

<011167T132>

Mod. WRSTEOF5 Ver.2.8 del 25/02/2019



CENTRO PRO-JUVENTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

ID-Assistito * 0 1 1 1 6 7 *	N° Cartella Clinica 7878	Periodo contabile Febbraio 2019
Assistito * 1 3 2 *	AFELBO GAIA	
ID-Terapista * 1 3 2 *	Regime AMBULATORIALE	Terapia LOGOPEDIA 2Sed/S
Dt. nascita 31-08-14	Asl NANDS43	Terapista 132-VALVA RAFFAELLA
C.F. FLBGA14M71F839M	Telefoni 3492201651	
Indirizzo VIA GENOVA 16 CASORIA		
Contratto/Aut. Aut. N° 1268 del 14-09-17 dal 14-09-17 al 12-03-18 GG 180		
Diagnosi DISTURBO DEL COMPORTAMENTO DI TIPO OPPOSITIVO IN SOGGETTO CON		
Note		
Case Manager VALVA RAFFAELLA		

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

Il Direttore Sanitario

direttore in centro

<010837T676>

Mod. WRSTFOF5 Ver.2.8 del 25/02/2019



CENTRO PRO-JUVENTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

ID-Assistito * 0 1 0 8 3 7 *	N°Cartella Clinica 7878	Periodo contabile Febbraio 2019
ID-Terapista * 6 7 8 *	Regime AMBULATORIALE	Terapia PSICOMOTRICITA' 2Sed/S
Dt.nascita 31-08-14	Asl NANDS43	Terapista 676-COSITORE GABRIELE
C.F. FLBGA114M71F839M	Telefoni 3492201651	
Indirizzo VIA GENOVA 16 CASORIA		
Contratto/Aut. Aut. N° 1267 del 14-09-17 dal 09-09-17 al 07-03-18 GG 180		
Diagnosi DISTURBO DEL COMPORTAMENTO DI TIPO OPPOSITIVO IN SOGGETTO CON		
Note		
Case Manager COSITORE GABRIELE		

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

Il Direttore Sanitario

dIRETTORE IN cENTRO

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

<007761T809>

Mod. WRSTFOF5 Ver.2.8 del 25/02/2019



CENTRO PRO-JUVENTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

ID-Assistito * 0 0 7 7 6 1 *	N°Cartella Clinica 6460	Periodo contabile Febbraio 2019
Assistito * 8 0 9 *	AFFINITO CHRISTIAN	
ID-Terapista * 8 0 9 *	Regime AMBULATORIALE	Terapia PSICOTERAPIA 2Sed/S
Dt.nascita 16-03-06	Asl NACDS029	Terapista 809-PINCI SOFIA
C.F. FFNCRS06C16F839M	Telefoni 0810381706	
Indirizzo VIALE DEGLI ARANCI 2 NAPOLI		
Contratto/Aut. Aut. N° 539 del 24-08-17 dal 16-03-17 al 11-09-17 GG 180		
Diagnosi ALIMENTAZIONE SELETTIVA E DISTURBI DELLA SFERA EMOZIONALE		
Note		
Case Manager PINCI SOFIA		

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

dir san

Direttore di Astronauti

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 21 22 23 24 25 26 27 28

<010845T504>

Mod. WRSTFOF5 Ver.2.8 del 25/02/2019



CENTRO PRO-JUVENUTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

ID-Assistito * 0 1 0 8 4 5 *	N°Cartella Clinica 7880	Periodo contabile Febbraio 2019
ID-Terapista * 5 0 4 *	Assistito ACUNZO RAFFAELE GIOVANNI	
	Regime AMBULATORIALE	Terapia LOGOPEDIA 2Sed/S
	Asl NACDS029	Terapista 504-DI GIOVANNI LUCIA
Dt.nascita 20-04-11	C.F. CNZRFL11D20F839L	Telefoni 3287177855
Indirizzo VIA SCIPIONE ROVITO 14 NAPOLI		
Contratto/Aut. Aut. N° 3584 del 10-10-17 dal 16-10-17 al 13-04-18 GG 180		
Diagnosi IMMATURITA' PSICOAFFETTIVA CON ALTERAZIONI COMPORTAMENTALI DI		
Note		
Case Manager DI GIOVANNI LUCIA		

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

Il Direttore Sanitario

dIRETTORE IN cENTRO

<011168T000>

Mod. WRSTFOF5 Ver.2.8 del 25/02/2019



CENTRO PRO-JUVENTUTE MINERVA
 PRESIDI DI FISIOTERAPIA E
 V.LE DEGLI ASTRONAUTI 59 80131 NA
 VIA PONTI ROSSI 281 8041 NA TEL
 VIA PONTI ROSSI 271 80141 NA
 FAX 0817512985 P.IVA01820380630

ID-Assistito * 0 1 1 1 6 8 *	N°Cartella Clinica 8001	Periodo contabile Febbraio 2019
Assistito * 0 1 1 1 6 8 *	ACUNZO GAIA	
ID-Terapista * 0 0 0 *	Regime AMBULATORIALE	Terapia FISIOKINESITERAPIA 3Sed/S
Asl NACDS029	Terapista	
Dt.nascita 11-08-06	C.F. CNZGAI06M51F839E	Telefoni 3475049993
Indirizzo		VIA T.CORNELIO 15 NAPOLI
Contratto/Aut.		Aut. N° 3283 del 05-09-17 dal 11-09-17 al 09-03-18 GG 180
Diagnosi		SCOLIOSI DORSO LOMBARE AD S ITALICA
Note		
Case Manager		SANGIOVANNI MARINA

Data	Ora ini	Ora fin	Firma Paziente o di chi ne fa le veci Doc. del - - rilasciato da	Firma del Terapista
1 Ven				
2 Sab				
4 Lun				
5 Mar				
6 Mer				
7 Gio				
8 Ven				
9 Sab				
11 Lun				
12 Mar				
13 Mer				
14 Gio				
15 Ven				
16 Sab				
18 Lun				
19 Mar				
20 Mer				
21 Gio				
22 Ven				
23 Sab				
25 Lun				
27 Mer				
28 Gio				

Totale presenze nel mese: _____

Il Direttore Sanitario

DIRETTORE IN CENTRO

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27