



CASISTICA OPERATORIA - Azienda Ospedale-Università Padova
Dr.ssa nato/a il
Periodo dal Xxxx 20xx al Xxx 20xx - N° complessivo di atti operatorii: x.xxx

| ANNO INT. | SALA OPERATORIA | N. VERBALE | DATA | DIAGNOSI | INTERVENTO | RUOLO |
|-----------|-----------------|------------|------|----------|------------|-------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |

Si attesta che la casistica operatoria del Dott./Prof. è stata fedelmente trascritta dai registri ufficiali della sala operatoria.

Timbro e Firma candidato

Timbro e Firma Direttore di UOC

Timbro e Firma Direttore Sanitario