

ALLEGATO C

ASL	RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA	DENOMINAZIONE PRESIDIO	INDIRIZZO PRESIDIO	LOCALITA'	PROV.	DICHIARAZIONE CONFORME (si/no)	PROVVEDIMENTO AUTORIZZAZIONE	DATA	PROVVEDIMENTO ACCREDITAMENTO	DATA	RESIDENZIALE INTENSIVO AUT (n° posti)	RESIDENZIALE INTENSIVO ACCR (n° posti)
RESIDENZIALE ESTENSIVO AUT (n° posti)	RESIDENZIALE ESTENSIVO ACCR (n° posti)	RESIDENZIALE MANTENIMENTO ELEVATO AUT (n° posti)	RESIDENZIALE MANTENIMENTO ELEVATO ACCR (n° posti)	RESIDENZIALE MANTENIMENTO MODERATO AUT (n° posti)	RESIDENZIALE MANTENIMENTO MODERATO ACCR (n° posti)	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO AUT (n° posti)	SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO ACCR (n° posti)	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO AUT (n° posti)	SEMIRESIDENZIALE MANTENIMENTO ACCR (n° posti)	AMBULATORIALE AUT (si/no)	AMBULATORIALE ACCR (si/no)	DOMICILIARE AUT (si/no)	DOMICILIARE ACCR (si/no)