**ANEXO II**

**Control Mensual de la Actividad del Programa de Fisioterapia Preventiva 2023-25**

**(ÁREA DE** [**EDUCACIÓN, CULTURA, IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL**](https://www.diputoledo.es/area/educacion_cultura)**)**

**SESIONES DE FISIOTERAPIA PREVENTIVA:**

**A rellenar por la empresa, con firma (electrónica) de la Entidad Local correspondiente.**

Entidad Local ………………………………………………………………………………………………

Mes de……………………………………………………………………………..

Días de sesión, fechas:

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

Horario de las sesiones………………………………………………………….

Nombre fisioterapeuta……………………………………………………………………………………..

Firma de fisioterapeuta……………………………………………………………………………………

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 202….

Firmado electrónicamente por la Entidad Local

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE TOLEDO