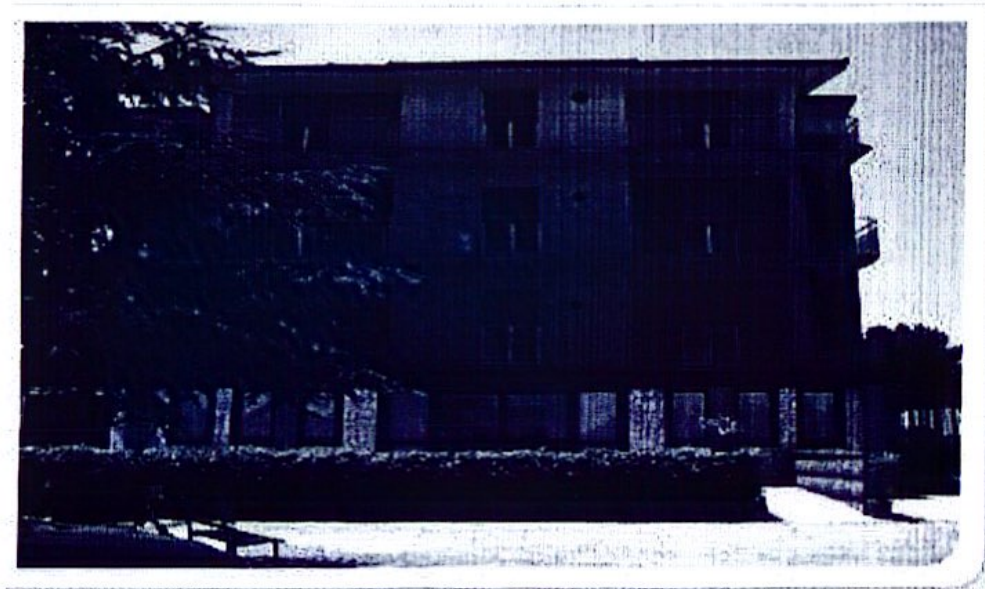


**Piano Annuale**  
**CLINICAL RISK MANAGEMENT**  
**Anno 2024**



Predisposizione	Verificato	Verifica e Approvazione
Responsabile Gestione della Qualità	Referente di Direzione Sanitaria	Presidente
Firma	Firma	Firma
		