

Alla Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Al Responsabile U.V.G./U.V.M.

Distretto N. _____

Il sottoscritto (Cognome) _____ (nome) _____

CHIEDE

L'ammissione presso la R.S.A. _____

del proprio familiare (cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in Via/P.zza _____ n. _____ tel. _____

Recapito telefonico del familiare di riferimento _____

In atto il paziente è:

- Ricoverato presso _____
- Al proprio domicilio _____

Allega proposta di ammissione in R.S.A. del Medico di Medicina Generale Dott. _____

Data _____

IL RICHIEDENTE
