



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

U.O.C. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
U.O.S. Coordinamento Strutture Residenziali e
Semiresidenziali
Via PINDEMONTI, 88 90129 – Palermo'

Telefono
091 7033242

EMAIL coordinamentorsa@asppalermo.org
WEB www.asppalermo.org

MODULO TRASFERIMENTO PAZIENTI TRA RR.SS.AA.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
CF: _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ tel. _____
documento di identità n° _____ rilasciato dal Comune di _____ il _____

CHIEDE

☐ Per se stesso

☐ Per il familiare (indicare grado di parentela) _____ Cognome _____
Nome _____ CF _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ tel. _____ documento di
identità n° _____ rilasciato dal Comune di _____ il _____

che il soggetto ricoverato venga trasferito dalla RSA sede di ricovero presso la RSA (indicare tre scelte di RSA) in quanto prossima al Comune di residenza dello stesso.

- 1)
- 2)
- 3)

Data

IL RICHIEDENTE