

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

UOC DISTRETTO SABINO

Prot. n. _____ del _____

RICHIESTA VALUTAZIONE PER RICOVERO IN RSA

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Via _____

Codice Fiscale _____

Tel _____ orari di reperibilità _____

in qualità di _____

CHIEDE LA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE PER L'ACCESSO IN RSA

per il sig. _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

residente a _____ Via/P.zza _____

attualmente domiciliato _____

tel _____

Medico di Medicina Generale _____

Dichiara, inoltre, che tutti i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti, ai sensi dell'art. 433 del codice civile, sono al corrente della presente richiesta.

Data _____

Firma _____