

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO N. 1

Il sottoscritto..... Nato a.....

Il..... residente a..... in via.....

Recapito telefonico tel..... In qualità di:

☐ INTERESSATO ☐ PARENTE (grado di parentela).....

☐ ALTRO

CHIEDE

A codesto Servizio l'inserimento presso la Residenza Protetta

di.....

del Sig..... sesso ☐ M ☐ F

nato a..... il..... Età.....

residente a..... via.....

domicilio.....

telefono n. codice fiscale.....

MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA:

☐ SOCIALI.....

Firma del richiedente.....

☐ SANITARIE(compilazione a cura del MMG).....

☐ Paziente trasportabile in ambulatorio con comuni mezzi ☐ Paziente non trasportabile

(firma del medico).....

DATA.....

Azienda Sanitaria Unica Regionale
Sede Legale: Via Caduti del Lavoro, 40 – 60131 Ancona
C.F. e P.IVA 02175860424
Area Vasta n. 4
Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM
Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019
e-mail: segreteria.asl11@asl11.marche.it - www.asurzona11.marche.it

Comuni: Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegranaro, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Monterinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Santa Vittoria in Materano, Sant'Elpidio a Mare, Servigliano, Smerillo, Torre San Patrizio.