

All'Amministrazione
Casa di Riposo "Maria Addolorata"
Via S. Vito n. 45
91029 Santa Ninfa

Il sottoscritt _____ nat_ a _____
il _____ domiciliato a _____ in Via
_____ tel. _____ in qualità di
_____ del Sig. _____
nat_ a _____ il _____ domiciliato a
_____ in Via _____

CHIEDE

di volere valutare la possibilità di accogliere in codesta Casa di Riposo il su nominato Sig.
_____.

Si resta pertanto in attesa di conoscere la data e l'orario di riunione dell'equipe multidisciplinare ed a tal fine in tale sede presenterà certificato medico attestante le eventuali patologie dell'utente, e/o l'assenza di malattie infettive, contagiose e psichiatriche tali da sconsigliare la convivenza in comunità e la relativa terapia prescritta.

Distinti saluti

Santa Ninfa, li _____

Firma dell'utente

Parte riservata all'Ufficio

Valutazione multidimensionale fissata per il _____ alle ore _____;

_____;

Data _____

Il Resp. Area Socio-Assistenziale

Rev:	Data	Motivo della revisione	Emesso da	Approvato da
2	19/9/11	Eliminata voce "non possa essere accolto...."		