



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"
Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali

S.C. Strutture Degenziali non ospedaliere a gestione diretta
Viale Alpi, 43 ☎ 0187 713040 – 713230 fax 0187 533957

La Spezia _____

RACCOMANDATA AR

AI Responsabile della S.C.
Strutture Degenziali non
ospedaliere a gestione diretta
Dr. DARIO RAVECCA
Vie Alpi, 43
19123 LA SPEZIA

OGGETTO: Richiesta per usufruire della quota sanitaria in Residenze Protette private accreditate con l'ASL 5 "Spezzino".

Il/La sottoscritt _____ in qualità di
(indicare grado di parentela) _____ chiede alla S.V. che il/la
Sig./ra _____ nato/a _____
il _____ e residente a _____ Via _____ telefono di
riferimento _____ N.C.F. _____

Medico di famiglia Dr. _____

attualmente

a domicilio

ospitato c/o la R.P. _____ dal _____

altro _____
venga ammesso ad usufruire della quota sanitaria prevista dalle normative vigenti in quanto
soggetto non autosufficiente, presso la Residenza Protetta:

Ai sensi del D. Lgs. 196/03, **SI AUTORIZZA** il trattamento dei dati personali sensibili, qui
riportati.

In fede
