



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

Al Responsabile dell'Unità di Valutazione Geriatrica
dell'ASL 5 - Ambito Spezzino

Con la presente intendo segnalare al Vostro Servizio mi Assistit

Sig. _____ nat a _____ (____)

il _____ residente a _____

In via _____ n° _____ telefono _____

Codice Fiscale _____

(eventuali altre indicazioni sul campanello: _____)

(eventuali vicini di casa di riferimento: _____)

per l'eventuale ricovero in RSA per:

patologia sub-acuta

patologia cronica riacutizzata

ricovero di sollievo

 Paziente è affetto da*:

(* relazionare anche brevemente sullo stato psichico del pz.)

Se ricoverato: in Ospedale **, Reparto _____

Residenza Protetta _____ dal _____

Previsione dimissione: _____

Indicazione presuntiva della durata della degenza in RSA: _____

(** in caso di trasferimento dal reparto ospedaliero della ASL deve essere consegnata la cartella clinica, che verrà restituita alla dimissione)

(Timbro del Medico proponente del Reparto
o del Medico di Medicina Generale)

Firma _____

La Spezia, lì _____

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

In fede
