

DISTRETTO SOCIO SANITARIO LT/1

IL /LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

TEL. _____ IN QUALITÀ _____

CHIEDE

LA VALUTAZIONE U V.T. PER

RICOVERO IN LUOGODEGENZA

RICOVERO IN R.S.A.

PER

IL
SIG./RA _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

ATTUALMENTE DOMICILIATO IN _____

ESPRIMO IL MIO CONSENSO ED AUTORIZZO

Il Servizio Assistenza Domiciliare al trattamento dei dati personali, esclusivamente ai fini di Diagnosi, cura, prevenzione, ricerca clinica ed epidemiologica in base alla legge N°675/96 concernente la tutela delle Persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

DATA _____

FIRMA _____