

**Al Dirigente dei Servizi Sociali
del Comune di TEMPIO PAUSANIA**

PROGRAMMA SPERIMENTALE RITORNARE A CASA

DOMANDA DI ACCESSO

Il/la sottoscritt_ _____

Nat_ _____ il _____

Residente in _____ Via _____ tel _____

Chiede

Per il proprio familiare, grado di parentela _____:

Nome _____ Cognome _____

Nat_ a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ Tel _____

Nome e Cognome Medico Medicina Generale _____

Ricoverato/a presso la struttura _____

con sede in _____ dal _____ al _____

di poter accedere al Programma sperimentale "Ritornare a casa", predisposto dall'Assessorato regionale Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ai sensi della L.R. n°4 del 11/5/2006.

A tale fine allega alla presente:

- certificazioni mediche in busta chiusa redatta dal MMG, pediatra di libera scelta o Medico Specialista di riferimento;
- certificazione ISEE
- altro _____

In Fede

Il/La Sottoscritto/a _____ autorizza con la presente il Comune di _____, ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, al trattamento e comunicazione dei dati personali finalizzati all'istanza presentata.

Firma
