



DISTRETTO DI _____ - U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI
BASE

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE
AI PAZIENTI NON AMBULABILI IN CASA DI RIPOSO**

(Ai sensi dell'allegato G, artt. 45-53-59, ACN 23 marzo 2005 ed integrativo 29 luglio 2009)

Il sottoscritto dott.cod. reg.

studio prof.le in via tel.

CHIEDE

l'attivazione dell'assistenza domiciliare programmata per l'anno in favore dei sottoelencati
assistiti a suo carico, in atto **non deambulabili c/o Case di riposo**:

Cognome e nome	Codice fiscale	Indirizzo Casa di Riposo	Diagnosi

Data

Timbro e Firma

.....