Modulo B
Da allegare al modulo A

DISTRETTO DI _____ - U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE
AI PAZIENTI NON AMBULABILI
(*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:

Cognome e nome	Codice fiscale	Indirizzo	Diagnosi

Data …… *Firma ……*