

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo  
Al Responsabile della U.O. Socio Sanitaria  
Distretto N. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (Cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Informato sull'offerta di posti letto in RSA presso l'ASP di Palermo ed in possesso della richiesta di ricovero in RSA formulata dal Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione del proprio familiare (cognome) \_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ presso una struttura tipo RSA dell'ASP di Palermo.

Recapito telefonico del familiare di riferimento \_\_\_\_\_

In atto il paziente è:

- Ricoverato presso \_\_\_\_\_
- Al proprio domicilio \_\_\_\_\_

Allega proposta di ammissione in R.S.A. del Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_