

MODULO DI RICHIESTA VISITA DOMICILIARE PER PAZIENTE AFFETTO DA SLA

Ai sensi della Delibera Regionale n°721 del 3 agosto 2009 e del Decreto Attuativo 5725/2009

Alla c.a del Dirigente Medico U.V.M.

Zona _____

Via _____ N. _____

Città _____ CAP _____

Oggetto: Visita domiciliare

Io sottoscritto/ain qualità di
moglie/marito/figlio/figlia/parente del Signor/anato/a
.....il...../...../..... e residente a.....
Via..... N°.....CAP..... recapito
telefonico....., affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica
(SLA).

CHIEDO

Valutazione Multidisciplinare UVM per poter accedere al contributo istituito dalla Regione Toscana come da Delibera N°721 del 3 agosto 2009. Inoltre si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento ai sensi del D.Lgs. 196/03 e successive modifiche.

Distinti Saluti

Il Richiedente

Azienda USL Toscana sud est



SEDE OPERATIVA SIENA
piazza Carlo Rosselli, 26
53100 Siena
centralino: 0577 535111

SEDE OPERATIVA GROSSETO
via Cimabue, 109
58100 Grosseto
centralino: 0564 485111

SEDE OPERATIVA AREZZO
via Curtatone, 54
52100 Arezzo
centralino: 0575 2551

SEDE LEGALE
Azienda USL Toscana Sud Est
via Curtatone, 54 Arezzo
52100 Arezzo
centralino: 0575 2551
P.I. e C.F.: 02236310518

WEB: www.uslsudest.toscana.it
PEC: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it