DISTRETTO SOCIO-SANITARIO UNICO
tel. 0429/618567—618315 e-mail: centropresidiausili@ulss17.it

SCHEDA PER IL RITIRO
DI PRESIDI A SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI OSPITI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE

CENTRO SERVIZI PER ANZIANI

☐ VIA GARIBALDI, 35 TEL. 0429/783377

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

T.S. _____ C.F. _____

MOTIVO DEL RITIRO:

☐ ROTTURA ☐ FINE BISOGNO

☐ DECESSO IN DATA _____ ☐ ALTRO _____

RITIRO POSSIBILE DAL _____

N. MATRICOLA	DESCRIZIONE PRESIDIO

DATA _____

IL MEDICO CURANTE CDR