

<input type="checkbox"/> DISTRETTO A	<input type="checkbox"/> DISTRETTO B	<input type="checkbox"/> DISTRETTO C
---	---	---

All. n. 1/a

ASSISTENZA PROGRAMMATTA DOMICILIARE NEI CONFRONTI DI SOGGETTI NON AMBULABILI

**Alla UOC Cure Primarie- Distretto
Centro Assistenza Domiciliare Programmata Servizio PUA**

Si rimette il nominativo dell'assistito non ambulabile, ai sensi dell'allegato 8 dell'ACN vigente G.U. del 17/05/2022, con relativo programma di accesso.

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COGNOME _____ **NOME** _____

Data di nascita ____ / ____ / ____

Indirizzo _____

Telefono _____

Causa/diagnosi che determina l'impossibilità di accesso nell' ambulatorio

Programma di accesso periodico : ⇒

- settimanale**
- quindicinale**
- mensile**

Trascorsi quindici giorni dalla presentazione del presente programma senza riscontro, si intende a tutti gli effetti approvato (allegato 8 ACN vigente G.U. del 17/05/2022).

Distintamente.

Data

Timbro e Firma
