



A.L.M. onlus
Associazione Laziale Motulesi

Richiesta di presa in carico per trattamento riabilitativo (adulti)

Cognome e nome _____

nato/a a _____ () il _____

residente in _____ () Municipio di residenza _____

via/piazza _____ n° _____

recapiti telefonici _____ ASL _____

titolo di studio _____

occupazione _____

Servizio di assistenza erogato da Ente Locale _____

Regime assistenziale richiesto: Ambulatoriale Domiciliare Semiresidenziale

E' stato già in trattamento presso altra struttura? _____ Data di dimissioni _____

Ricevuta ed approvata informativa relativa alla Privacy (D.Lgs 196/2003)

Data _____

Firma _____

~~~~~  
Riservata al Medico

Idoneo (Codice \_\_\_\_\_)

Non Idoneo

In attesa di valutazione (  Presso A.L.M.  Presso altra struttura)  
A seguito della valutazione, allegare il documento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_