



Minore
Adulto

A.L.M. onlus
Associazione Laziale Motulesi

Richiesta di Inserimento in lista d'attesa

Cognome e nome _____

Codice Fiscale _____

nato/a _____ () il _____

residente in _____ () Municipio di residenza _____

via/piazza _____ n° _____

recapiti telefonici _____ ASL _____

mail _____ @ _____ Pec _____ @ _____

Scuola frequentata _____

Regime assistenziale richiesto: Ambulatoriale Domiciliare Semiresidenziale

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

La presente istanza viene presentata da _____

In qualità di (genitore/tutore/altro) _____

recapiti (se diversi) _____

Ricevuta, Compresa ed Approvata informativa relativa alla Privacy (D.Lgs 101/18 - GDPR)

Data _____ Firma _____

Operatore ricevente: in sede via e-mail Firma _____

~~~~~  
Riservata al Medico

Idoneo (Codice \_\_\_\_\_)  Non Idoneo, inviata comunicazione (sigla inviante) \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Firma MR \_\_\_\_\_ Firma DS \_\_\_\_\_