

## MODULO G



### Scelta Struttura Socio Sanitaria Residenziale e Semiresidenziale

In data \_\_\_\_\_ è stato sottoscritto il progetto assistenziale personalizzato di \_\_\_\_\_, pertanto

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_, (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

Tel. \_\_\_\_\_, Cellulare \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_, in qualità di:

- Soggetto legittimato (specificare \_\_\_\_\_)
- Tutore o amministratore di sostegno
- Diretto Interessato

### DICHIARA DI

trattandosi di modulo:

RSA base

esprimere la scelta della RSA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CD base

esprimere la scelta del CD

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Dimissione ospedaliera

Nell'impossibilità di un rientro a domicilio al momento della dimissione ospedaliera, il soggetto si impegna a comunicare entro 24 ore dalla stesura del PAP al n° 0573/228107 – 228102, la struttura nella quale è stato reperito il posto disponibile.

IL DICHIARANTE

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma leggibile)