

COMUNE DI VELLETRI

“R.S.A.”

PROGETTO DI ASSISTENZA

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo: Via _____ n. _____

Città _____

Tel. : _____

DIAGNOSI ASL:

ALLEGATI:

- copia attestazione ricovero da parte strutture
- copia modulo OBIS per l'anno.....
- copia ISEE/DSU
- copia cedolino pensione

Data _____

FIRMA
