

Altri motivi

per assistere in maniera continuativa il Sig. _____
residente a _____ in qualità _____

per ricevere assistenza in maniera continuativa dal Sig. _____
residente a _____ in qualità _____

di essere in stato di semilibertà *Info :allegare copia del provvedimento* presso _____
Comune _____ Via/Pza _____

di essere militare di carriera in distacco temporaneo presso _____

di prestare servizio civile presso _____

di essere di essere religioso (fino alla professione dei voti) presso l'Istituto religioso _____

di essere ricoverato in istituto di cura o RSA _____ Comune _____

per ricongiungimento al familiare _____
già iscritto nell'elenco dell'ASL Toscana Nordovest come

domicilio sanitario

residente (indirizzo) _____ *info:rinnovabile una sola volta*

Data _____

Firma del dichiarante _____

Estremi del documento del dichiarante _____

Firma dell'operatore _____

COMUNICAZIONE ASL RESIDENZA

AIP Azienda USL _____

Comunicazione di elezione di domicilio sanitario dei nominativi sopraelencati presso questa AUSL Toscana Nordovest con scelta del
medico Dr. _____ con decorrenza dal _____
mezzo di comunicazione: _____

Data _____

Firma e timbro AUSL _____

DELEGA

Delegante:

Il sig./ra _____

Nato a _____

Il _____

Residente a _____

Via _____

Delega a fare per proprio conto la pratica amministrativa relativa a:

Delegato:

Il sig./ra _____

Nato/a a _____

Il _____

Residente a _____

Via _____

Firma del delegante _____
(Allegare fotocopia documento di identità)

Firma del delegato _____

Estremi del documento di identità del delegato _____

(Da apporre al davanti all'operatore)

Azienda USL 5 Pisa



Azienda USL 5 di Pisa
Sede legale
Via Cocchi, 7-9
56127 Pisa
CF/P iva 013110205

www.usl5.toscana.it