



RICHIESTA DI PROROGA DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Spazio riservato al MMG/PLS

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI _____

Il sottoscritto **MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**

Cognome | _____ | Nome | _____ |

facendo riferimento alla documentazione già depositata al Distretto in occasione della precedente richiesta di attivazione dell'ADI

CHIEDE LA PROROGA DELL'ADI

per il/la **PAZIENTE**

Cognome || _____ || Nome || _____ ||

Data di nascita || ____/____/____ ||

Domicilio | _____ | via | _____ | n. | ____ |

per gg..... per la seguente motivazione

DATA..... FIRMA DEL MG/PLS.....

Spazio riservato al Distretto

GIUDIZIO SULLA PROROGA DI ADI

Invio all'UVM

DATA..... FIRMA SANITARIO

Parte riservata in caso di Autorizzazione Diretta da parte del Medico del Servizio ADI:

non si autorizza si autorizza a partire dal al per gg.....

con il seguente PAI:

DATA..... FIRMA SANITARIO RESPONSABILE ADI.....

Note: